FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 N° 54

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1906, à 1 heure

PAR

Jean KELLER

Ancien externe des Hôpitaux

ISOLEMENT ET PSYCHOTHÉRAPIE

dans la Cure des Affections nerveuses et digestives

Président : M. BRISSAUD, *Professeur.*

Juges : MM. BLANCHARD, *Professeur*
LEGRY, *Agrégé.*
CLAUDE, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

—

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques).
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DESGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR TH. KELLER

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR KIRMISSON 1898

M. LE PROFESSEUR POZZI 1900-1901

M. LE DOCTEUR OULMONT 1899

M. LE DOCTEUR FERNET 1899

M. LE DOCTEUR VAQUEZ (professeur agrégé) 1902-1903

M. LE DOCTEUR BABINSKI 1902-1903

M. LE DOCTEUR GILBERT BALLET (professeur agrégé) 1903-19

M. LE DOCTEUR LEGRY (professeur agrégé) 1904-1905

M. LE PROFESSEUR BRISSAUD 1906

A M. le Docteur PROUST, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé.

A M. le Docteur Léon BERNARD, médecin des hôpitaux.

A Messieurs les Docteurs A. HUGUIER, Ch. LAUBRY, CH. TAGUET, anciens internes des hôpitaux.

A MON MAITRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin de l'Hôtel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'emploi systématique de l'isolement dans la thérapeutique des maladies nerveuses est de date relativement récente. C'est à Weir Mitchell que revient le mérite d'avoir introduit dans la pratique, dès 1875 (1), une méthode de traitement de l'hystérie et de la neurasthénie qui, depuis, a donné des preuves certaines de son efficacité.

Cependant l'isolement avait été pratiqué dans les religions anciennes comme un moyen de s'améliorer moralement et capable aussi par lui-même de procurer des satisfactions intimes. Les Anachorètes de l'Inde, les Thérapeutes de l'Egypte, les Ascètes de la Judée, les Moines chrétiens acceptaient l'isolement comme un moyen d'acquérir la perfection morale. Mais l'utilité, voire la nécessité de l'isolement, non plus spontané et volontaire, mais imposé et accepté, semble avoir été soupçonnée seulement au XVI^e^ siècle par Jean Wier, à propos d'épidémies d'hystéro-démonopathie sévissant dans les monastères

(1) *Du traitement des affections nerveuses par le repos* (Seguin's series of American clinical lectures, I, n° 4).

comme le meilleur moyen de mettre un terme à la propagation de la contagion nerveuse.

Voici comment s'exprime à ce sujet cet auteur dans un passage des *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables* (1), passage reproduit par tous ceux qui se sont occupés de la question :

« Au reste, s'il y a plusieurs ensorcellez ou démoniaques en un lieu, comme nous voyons cela advenir ès monastères, principalement de filles (comme estans les commodes organes des tromperies de Satan), il faut avant toute chose qu'elles soyent séparées et que chacune d'elles soit envoyée vers ses parents ou alliez; afin que plus commodément elles puissent être instruites et guéries, ayant toutefois esgard au moyen, selon la nécessité de chacune, à ce qu'on ne les chausse toutes à une mesme forme comme on dit communément. »

Jean Wier ne signalait que la possibilité de la guérison de ces affections nerveuses.

Raulin, dans son *Traité des affections vaporeuses du sexe* (Paris, 1758, p. 307), en donne un exemple.

« Une fille de 23 ans fut attaquée, en 1698, à Villernané en la Nouvelle France, d'un hoquet violent qui imitait assez bien le jappement d'un chien... Elle entra à l'Hôtel-Dieu. Pour être plus à portée d'être secourue, on la plaça dans la salle des femmes où étaient quatre filles malades de différentes maladies ; trois jours après l'entrée de cette fille, les autres commencèrent à hoqueter... On sépara les filles de Villernané, on les menaça de la discipline : les

(1) 1579. Edition Bourneville, Paris 1885, t. II, p. 173.

convulsions et les autres symptômes n'eurent plus lieu après les menaces.

« C'est ainsi qu'on guérit les maladies de l'esprit par l'esprit même ; pour y réussir, il faut en prendre les moyens dès le commencement, car le corps entretient ces erreurs dans les hommes et dans les femmes. »

Avant Weir Mitchell, il convient de citer comme un précurseur Zimmermann, le célèbre médecin suisse, qui en quelques lignes de son *Traité de la solitude considérée relativement à l'esprit et au cœur* (trad. Mercier, 1788), a admirablement mis en lumière l'influence nocive jouée par l'entourage qui cultive et entretient les idées fausses du malade en les flattant, le rôle malfaisant du médecin complaisant qui fixe le symptôme, et les avantages de la solitude comme moyen de traitement.

« La solitude, dit-il, offre des avantages incontestables dans les plus grandes adversités de la vie. Le convalescent, l'infortuné, le misanthrope y trouvent également des secours... Plus on s'écoute et plus on se rend malade. Dans la maladie, on s'accoutume facilement à s'écouter trop minutieusement, on oublie les forces qui nous restent et on insiste sur tous les sentiments désagréables au lieu de détourner son attention et de se distraire. C'est ainsi que l'âme tombe dans l'inquiétude et l'abattement et perd tout ce qui lui reste de force et de raison. On a aussi trop peu de confiance en ce qu'on entreprend dans un état de douleur et de souffrance. Que le valétudinaire s'efforce d'oublier ses maux, qu'il dégage pour ainsi dire son âme de l'enveloppe grossière qui l'appesantit, il trouvera certainement un soulagement inattendu et il fera des choses

qui lui paraissaient impossibles ; mais pour cela il faut aussi qu'il congédie les médecins qui viennent chaque jour s'informer de sa santé, lui tâtent le pouls avec un sérieux grotesque en agitant gravement la tête et en faisant les autres simagrées d'usage, qui ont toujours la rage de voir ce qui n'est pas et malheureusement ne voient rien où il y aurait tant à voir. Ces gens-là ne servent qu'à l'effrayer, à fixer son attention sur les objets qu'il devrait oublier, et à redoubler ses souffrances par l'importance mercenaire qu'ils y mettent. Il faut aussi qu'il défende à ses amis et à ceux qui l'environnent de le flatter dans ses faiblesses. Il faut qu'il les prie de ne pas croire à tout ce qu'il leur dit, car si toutes ses sensations sont vraies, son imagination y ajoute bien des fantômes et bien des chimères.

« Il reste donc encore des ressources et de la consolation dans la solitude même après les pertes les plus difficiles à réparer. Vos nerfs sont-ils attaqués, votre tête est-elle prise de vertige, n'avez-vous plus la force de penser, de lire, d'écrire, vous est-il physiquement impossible d'occuper les facultés de votre âme, dans ce cas, il faut apprendre à végéter. C'est ce que me dit un des philosophes les plus éclairés de l'Allemagne lorsqu'il me vit à Hannover hors d'état de faire autre chose... »

Ce passage est à rapprocher du chapitre où Weir Mitchell recommande l'isolement comme une condition nécessaire pour l'observation du régime qu'il institue (1).

« Il est encore une autre cause de désordre à ajouter à

(1) *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie* par Weir Mitchell. Traduction O. Jennings, Paris 1883, p. 33, 38 et 41.

tous ceux qui pèsent sur les patientes dont j'ai décrit l'affection : C'est la tendresse, la sympathie exagérée d'une mère, d'une sœur ou d'une autre parente dévouée. Il n'est rien de plus curieux et à la fois de plus triste et de plus digne de pitié que ces associations entre la malade et son égoïsme, d'un côté, et son dévouement exagéré de l'autre...

Il est rare, dans la classe des malades que j'ai décrite, d'en rencontrer une qui puisse se soustraire à l'influence de son entourage de façon à rendre le traitement chez elle facile à suivre.

Il est nécessaire de rompre les vieilles habitudes et d'éloigner les patientes de ceux qui se sont faits les esclaves volontaires de leurs caprices. J'ai souvent essayé de les traiter dans leur propre domicile et de les y isoler ; mais je l'ai rarement fait sans me promettre qu'à l'avenir je ne compliquerai plus ainsi mon traitement de pareils embarras. Séparez la malade de l'entourage moral et matériel qui est devenu partie intégrante de sa vie de valétudinaire, et vous aurez amené un changement non seulement excellent en lui-même, mais encore extrêmement avantageux au succès à venir du traitement que vous vous proposez d'appliquer.

« Faut-il dire que le premier pas n'est pas essentiel quand la malade, anémique, affaiblie et amaigrie, est tombée dans cet état par des causes bien définies, telles qu'un surcroît de travail ou la dyspepsie prolongée. J'ai surtout en vue ce groupe considérable et si difficile à manier de femmes émotives, à sang trop clair, pour lesquelles

un mauvais état de santé est une habitude ancienne, on pourrait dire chérie.

Pour ces dernières, il n'est souvent point de succès possible que l'on n'ait arrêté ce drame quotidien qui se joue dans la chambre de la valétudinaire, que l'on en ait fini avec cet égoïsme et ce besoin impérieux de sympathie et de tolérance. Insistons donc sans hésitation pour obtenir ce changement, car non seulement nous agissons dans le plus grand intérêt de la malade, mais encore dans l'intérêt de son entourage.

« Une jeune hystérique, comme le dit Wendell Holmes, dans son style si frappant, est un vampire qui suce le sang des personnes en bonne santé qui l'entourent ; j'ajouterai que là où se trouve une jeune hystérique se trouveront probablement tôt ou tard deux femmes malades. »

La méthode de traitement de Weir Mitchell est basée sur le repos, la suralimentation, l'exercice passif.

L'isolement n'est pour lui que le moyen indispensable pour réaliser les conditions nécessaires au succès du traitement. Les résultats merveilleux obtenus par cette méthode la firent adopter par beaucoup de praticiens anglais, américains et allemands. Playfair en vanta les avantages à une réunion de la British medical Association (Worcester, 9 août 1882). Il insista beaucoup plus que Weir Mitchell sur l'importance de l'isolement.

« Les soins constants et peu judicieux qu'on accorde à la malade, le besoin de sympathie, le fait que la chambre de la malade devient un centre d'intérêt pour elle-même et ses amies, les discussions éternelles à propos des sensations et des symptômes, tout a son effet actif, nuisible ;

tant que cet état de choses continue, aucun traitement si rationnel qu'il soit, aucune médication n'a de chance probable de succès... L'isolement complet et absolu de la malade, l'éloignement de toutes les conditions malsaines qui l'entourent sont la base, l'essence pour ainsi dire du traitement systématique dans ce cas. Si vous avez fait ce premier pas, vous avez d'une façon efficace préparé le terrain pour le développement d'autres mesures curatives... Je ne saurais appuyer d'une façon trop emphatique sur ce premier pas, car c'est là une exigence cruelle tant pour la malade que pour ses amis. Des réclamations constantes vous seront faites pour que vous modifiez ce point que je considère quant à moi comme une condition *sine quâ non*... Dans la plupart des échecs dont j'ai entendu parler aux mains d'autrui, on avait fait quelques modifications à ce sujet pour complaire aux amis de la malade ; par exemple, on avait entrepris chez elle le traitement dans une chambre séparée, ou bien on avait admis les visites occasionnelles de quelques parents ou amis. »

G. Ball, dans la préface de l'édition française de l'ouvrage de Weir Mitchell, a insisté aussi sur l'importance de la séparation de la malade d'avec son entourage. « Il faut rompre, dit-il, le cercle magique où se maintient la victime, il faut l'arracher violemment aux sympathies exagérées et nuisibles de son entourage et lui ôter l'envie de jouer une comédie perpétuelle, en supprimant les spectateurs dont la complaisance l'encourage à persévérer dans son rôle. »

En Allemagne, Schreider, Burkart, Holst, Leyden,

Ewald, Binswangen, etc., qui employèrent la méthode de Weir Mitchell, démontrèrent que malheureusement ce traitement ne peut pas être généralisé à tous les cas qui peuvent se présenter en clinique. R. Burkart a publié une statistique de 21 cas graves de neurasthénie et d'hystérie sur lesquels il a obtenu 12 guérisons (1). Mais il partage l'opinion de Leyden qui trouve (2) que l'isolement est très difficile à réaliser, surtout chez les femmes qui présentent les symptômes d'irritabilité.

En France, Charcot (3) fut le promoteur de l'isolement dans l'hystérie et la neurasthénie. Il réclame même dans une de ses leçons la priorité de l'idée. Mais si Charcot attacha une importance capitale à l'isolement dans le traitement de l'hystérie et bien qu'il ait donné plusieurs exemples de guérison de la névrose par ce traitement, les faits qu'il rapporte ne sont que relativement démonstratifs. Charcot n'entendait par isolement que la soustraction au milieu familial des malades, sans les isoler à l'hôpital.

M. le professeur Déjerine, dès 1895, institua dans son service de la Salpêtrière le traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par l'isolement et la psychothérapie ; et contrairement à ce que déclarait Playfair en 1882, c'est grâce à la combinaison de ces deux moyens qu'il a obtenu

(1) R. Burkart. Zur Behandlung der Hysterie und neurasthenie *Berliner klin. Wochenschrift*, 19 avril 1886.

(2) Leyden. Ueber nervose Dyspepsie. *Berl. klin. Wochenschr.* 1885, nos 30, 31.

(3) Charcot. De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. Leçon recueillie par Gilles de La Tourette, *Progrès médical*, 28. février 1885 et *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Paris, 1887, III, p. 247.

des résultats satisfaisants, (qu'ont publiés ses élèves) (1).

Pour Bouveret (*De la neurasthénie*, Paris, 1891) on doit toujours appliquer l'isolement dans toutes les formes de la neurasthénie.

Planques dans sa thèse (*De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et quelques autres maladies*, Toulouse, 1895), rédigée sous l'inspiration du directeur de la maison de santé hydrothérapique de Toulouse. dit avoir pratiqué avec profit l'isolement combiné au traitement psychique et en donner plusieurs observations.

Il le déclare le traitement par excellence de l'hystérie, et très utile dans la neurasthénie, la morphinomanie, la maladie des tics.

En Suisse, à l'hôpital cantonal de Genève, on a réussi à obtenir les mêmes résultats dans des conditions analogues à celles de la Salpêtrière, sans frais et sans installation spéciale. La thèse de Luba Kouchewa (*Du traitement de la neurasthénie par la cure d'isolement à l'hôpital de Genève*, Genève, 1901) rapporte des observations absolument probantes.

Depuis Weir Mitchell, depuis Charcot, l'efficacité de l'isolement dans la thérapeutique de l'hystérie, de la neurasthénie est admise sans conteste par les neurologistes ; mais on retient surtout ce mode de traitement comme une ressource ultime dans les cas graves avec dénutrition marquée, lorsque la famille ou l'entourage entretient la maladie et selon Dubois (de Berne) et Déjerine, comme l'élément essentiel de la cure par la psychothérapie. Un

(1) Fauvet. *Th.*, Paris, 1897 ; Manto, *Th.*, Paris, 1899.

ouvrage récent de MM. les docteurs Camus et Pagniez (*Isolement et psychothérapie*, Paris, 1904) expose en détail la méthode du docteur Déjerine dans le traitement des psycho-névroses.

En somme, approfondie par de nombreux auteurs, la question de l'isolement dans les affections nerveuses semble actuellement bien mise au point. Le chapitre de la cure par l'isolement des affections du tube digestif paraît être le seul sur lequel on puisse formuler quelques considérations nouvelles et donner des observations présentant une certaine originalité.

CHAPITRE II

ACTION DE L'ISOLEMENT ET DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Avant d'étudier les procédés pratiques qui permettent d'isoler un malade, il est légitime de se demander comment, par quel mécanisme agissent l'isolement et la psychothérapie.

Sous le terme « psychothérapie » nous ne désignerons, sous réserve de quelques restrictions ultérieures, que les procédés par lesquels le médecin s'adresse directement à la raison du malade, laissant volontairement de côté la question ardue et controversée de la suggestion.

Dans l'immense majorité des cas, en effet, comme l'a montré notre maître M. Babinski, la persuasion suffit pratiquement à elle seule à guérir les troubles psychiques dans lesquels on employait et on emploie encore aujourd'hui la suggestion en état de sommeil provoqué.

L'isolement, et c'est là un point important, agit de deux façons bien distinctes.

Il soustrait d'abord le malade à l'influence de son milieu, influence nocive qui, depuis les travaux de Charcot, de Déjerine, de Ballet, etc., n'a plus besoin d'être démontrée.

On sait en effet actuellement que tout individu atteint

d'une névrose quelle qu'elle soit est une plante éminemment cultivable. Le tableau de ce malade entouré de parents trop complaisants, satisfaisant ses moindres caprices sous prétexte de ne pas aggraver son état en le contrariant, vaquant à ses occupations qui souvent sont la source même de sa maladie, ce tableau, disons-nous, a été maintes fois tracé et nous n'essaierons pas de refaire les descriptions de Charcot.

L'isolement, d'autre part, simplifie et schématise pour ainsi dire les divers éléments qui constituent le moi tant au point de vue objectif qu'au point de vue subjectif.

En effet, si nous prenons l'un après l'autre les divers éléments qui concourent à former la personnalité, nous voyons que l'action de l'isolement jointe à celle de la psychothérapie s'excerce sur chacun d'eux en particulier.

1° Les impressions extérieures qui engendrent les *perceptions* sont, chez un individu plongé dans son milieu habituel, d'une multiplicité et d'une diversité infinies. L'extrême rapidité avec laquelle elles se succèdent, l'intensité très différente de chacune d'elles ne laisse à l'esprit pas de repos. Or, la loi du repos nécessaire régit l'esprit comme le corps. Que si au contraire l'individu est placé dans le calme le plus absolu, les impressions devenant plus espacées et moins nombreuses n'agissent plus en produisant un chaos de perceptions, mais quelques perceptions nettes, franches et qui donnent le maximum d'effet utile. On comprend dès lors que ces perceptions, soigneusement choisies par le médecin, contribuent fortement à restaurer cette fraction de l'entendement qui est la notion du monde extérieur.

2° L'influence de l'isolement sur la *conscience* elle-même n'est pas moins manifeste. Beaucoup de troubles mentaux sont caractérisés par une orientation défectueuse. Les notions de temps, d'espace, de personnalité peuvent être troublées à des degrés divers.

Or, ces diverses notions sont fournies, après élaboration, par les perceptions sensorielles. *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu.* Il est donc facile de concevoir que plus les perceptions sont nettes, plus les diverses opérations de l'orientation ont des chances de s'exécuter d'une façon correcte.

3° La *mémoire* se décompose, on le sait, en trois éléments distincts :

a) Faculté de fixation d'une représentation ;

b) Faculté de conservation de cette représentation ;

c) Faculté de reproduction après reconnaissance et localisation.

Le médecin peut chez un malade isolé agir directement sur les troubles de chacune de ces facultés.

Nous ne parlons bien entendu que de ces formes d'amnésie que l'on rencontre fréquemment chez les neurasthéniques, lesquels viennent vous trouver en vous disant : « Je sens que je perds la mémoire ». Ce ne sont pas des amnésies vraies quoiqu'elles puissent porter sur la fixation, la conservation ou la reproduction des représentations, et le médecin peut les faire disparaître par la persuasion et par un exercice méthodique.

4° L'*attention* est la fonction psychique sur laquelle l'isolement et la psychothérapie ont peut-être le plus de prise.

Son rôle consiste :

a) A diriger les associations d'idées ;

b) A régler le cours des représentations, c'est-à-dire à maintenir chacune d'elles un temps plus ou moins long dans le champ de la conscience ;

c) A inhiber les associations automatiques qui menacent de faire dévier la marche des associations volontaires (Rogues de Fursac).

Le malade isolé étant soustrait à toute influence autre que celle de son médecin, on comprend facilement que celui-ci, s'il a su gagner sa confiance, puisse, par un travail prolongé et patient, agir sur son attention, la diriger à son gré et corriger soit la distraction simple, soit l'incohérence des idées, soit même les diverses formes d'idées fixes et obsédantes.

5° Les troubles de la fonction du *jugement* se caractérisent par des idées délirantes : idées de grandeur, idées mélancoliques, idées de persécution.

Ces diverses formes de délire pourront être en partie corrigées par la psychothérapie, mais en partie seulement, car elles indiquent une profonde désintégration des facultés psychiques.

Le délire de la persécution surtout résiste le plus souvent à toute tentative de thérapeutique persuasive. Les persécutés, en effet, représentent le type des systématisés et bien souvent, alors que le médecin croira avoir obtenu la guérison et ramené le malade à une saine appréciation des événements et des choses, l'évolution de la maladie lui montrera que ses tentatives ont été vaines et que l'édifice compliqué construit par le cerveau du malade est resté inébranlable.

6° La *sensibilité,* au sens psychologique du mot, se décompose en désir, aversion, joie et tristesse, qui en dernière analyse peuvent se ramener au plaisir et à la douleur (Spinosa).

Le simple fait de l'isolement suffit dans un grand nombre de cas à calmer les exaltations de la sensibilité, même sans le secours du médecin.

Lorsque la sensibilité, au contraire, est diminuée, diminution qui se manifeste par de la tristesse morbide, de l'indifférence, le médecin, par la persuasion, peut agir fortement sur l'esprit du malade, le remonter, suivant l'expression usuelle.

Nous ne parlons pas bien entendu des formes graves de l'indifférence que l'on rencontre dans la démence précoce et des formes graves de la mélancolie chronique qui sont non plus des affections fonctionnelles, mais de véritables affections organiques.

7° Nous arrivons enfin à la dernière subdivision philosophique de la psychologie : à la *volonté.*

Sur elle encore la persuasion, combinée à l'isolement, peut agir d'une façon absolue et définitive.

Le médecin, s'il est doué de tact et de fermeté, arrive facilement à substituer sa volonté propre à celle du malade et lorsqu'il est parvenu à ce degré d'emprise il peut par graduations successives laisser celui-ci peu à peu agir suivant ses propres moyens, en dirigeant toujours l'action de sa volonté, comme ces maîtres qui, pour apprendre à nager, détendent petit à petit la corde qui soutenait leur élève au début et le laissent insensiblement se servir de ses propres moyens.

Les quelques considérations que nous venons d'énoncer, si schématiques qu'elles soient, ne sont pas simplement des vues de l'esprit, des chimères. Elles ont une portée pratique qu'il est aisé de saisir. Trop nombreux en effet sont les médecins qui, n'ayant jamais fait de psychologie, n'ont jamais songé à décomposer les diverses opérations mentales ; or, c'est à ce prix seulement, lorsqu'on connaît les rouages intimes de l'âme, que l'on peut exercer sur elle une influence thérapeutique utile.

CHAPITRE III

MÉTHODES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE PSYCHOTHERAPIE

L'isolement peut être pratiqué de trois manières bien différentes :

1° A l'hôpital ;

2° Dans la famille ;

3° Dans une maison de santé.

I. — L'isolement a l'hopital

L'isolement à l'hôpital a, pendant très longtemps, été considéré comme une impossibilité : la disposition des salles, le nombre souvent considérable des malades, l'insuffisance du personnel, tout contribuait à écarter ce genre de traitement.

Du reste, il faut bien le dire, l'idée ne se présentait pas à l'esprit des médecins, en vertu d'une conception fausse qu'ils se faisaient de la mentalité des malades ; en effet, pendant longtemps, la neurasthénie, par exemple, affection qui, dans sa forme grave, bénéficie éminemment de

la méthode d'isolement, la neurasthénie, disons-nous, a été considérée, de même que la goutte, comme une affection survenant surtout dans la classe aisée. Or, maintenant, soit que la vie moderne, si intense, ait modifié les conditions d'existence de la classe pauvre, soit que les troubles neurasthéniques mieux connus aient été rattachés à leur cause véritable, petit à petit, les idées ont évolué et on s'est préoccupé enfin de tenter la création de services d'isolement à l'hôpital même.

Le professeur Déjerine, en 1895, dans une communication qu'il fit à la Société de Neurologie, puis, par l'intermédiaire de la thèse de son élève Manto, exposa comment il était arrivé à isoler les malades de son service de la Salpêtrière.

A cet effet, il avait fait disposer autour des lits de ses malades des rideaux entourant complètement ces lits, permettant un isolement fictif, mais presque complet. Chaque malade est couché sitôt son arrivée à l'hôpital et ne doit, au moins pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, pas se lever. Tous les matins, le chef visite les malades et les examine en écartant les rideaux. Ceux-ci sont ensuite refermés et le malade ne voit personne, sinon la garde, toujours la même, qui lui apporte ses repas.

Ce procédé a un inconvénient : c'est la facilité avec laquelle certains malades peuvent communiquer entre eux, aussi M. Gilbert Ballet, dans son service de l'Hôtel-Dieu ; l'a-t-il perfectionné en faisant placer, de chaque côté du lit, des cloisons en bois de la hauteur d'un homme, à peu près ; chaque lit se trouve donc enfermé dans une sorte de *box*.

Poussant encore plus loin l'isolement, M. Mathieu a adjoint à son service des pièces distinctes de la salle commune ; les malades qui y sont placés ne peuvent communiquer avec les autres.

On peut objecter au système de M. le professeur Déjerine que le fait de placer une vingtaine de malades dans la même salle ne constitue pas un isolement assez net et, d'autre part, la nuit surtout, les malades ne jouissent pas de la tranquillité parfaite ; certains d'entre eux, en effet, tout en n'étant pas suffisamment agités pour que l'on soit forcé de les placer dans une chambre spéciale, le sont assez néanmoins pour rendre le sommeil de leurs voisins pénible.

Cette objection tombe avec le procédé de M. Mathieu et, ainsi comprise, la méthode d'isolement hospitalier a fait ses preuves et représente une excellente innovation. Il reste à souhaiter qu'elle se généralise et qu'on l'applique non seulement aux malades rangés sous la dénomination de « nerveux », mais encore à nombre de malades gastriques comme nous espérons le montrer plus loin.

II. — L'isolement dans la famille.

La question de l'isolement d'un malade dans sa famille a été très discutée.

Peut-on isoler un malade chez lui ?

Les partisans de l'isolement à domicile arguaient de la profonde perturbation apportée aux habitudes du malade par le fait d'un changement trop absolu de milieu et pré-

tendaient qu'il est possible de réaliser toutes les conditions requises par un bon isolement dans la demeure même du patient.

Aujourd'hui, l'accord s'est fait pour reconnaître que pareille chose est radicalement impossible. Tout médecin qui a essayé de l'isolement à domicile n'a essuyé que des déboires ; cet isolement n'est qu'illusoire et doit être définitivement rejeté.

III. — L'isolement dans une maison de santé.

Le traitement d'isolement et de psychothérapie dans une maison de santé est, dans l'état actuel de la société, un traitement de luxe : les frais qu'il entraine sont à la portée d'un nombre restreint de gens, mais aussi c'est celui qui donne les résultats les plus satisfaisants.

Nous supposerons, pour simplifier la question, un malade neurasthénique par exemple, disposant de moyens suffisants pour se permettre n'importe quel traitement, ayant une confiance absolue en son médecin.

Où convient-il qu'on l'envoie ?

Au premier abord, les idées qui se présenteront à l'esprit seront les suivantes :

a) Le malade doit être radicalement séparé de sa famille : envoyons-le le plus loin possible.

b) D'autre part, il est triste et déprimé : entourons-le d'un paysage riant : que le ciel soit bleu, les arbres toujours verts, la température clémente ; en un mot, envoyons-le dans le Midi.

Cette conception est évidemment séduisante : éloigné de ses parents, de ses amis, sentant bien que, quoi qu'il fasse, il n'est pas en son pouvoir de les voir, le malade aura une notion absolue de son isolement.

D'autre part, comment ne se sentirait-il pas envahi lentement par la quiétude bienfaisante émanant du milieu qui l'entoure ? Comment n'éprouverait-il pas cette action du paysage que Rodenbach a si bien décrite dans sa préface de *Bruges la Morte ?*

Tels sont les arguments qu'invoquent ceux qui préconisent l'isolement lointain, dans un site choisi.

Ces arguments ont peu de valeur : ils reposent, en effet, sur une erreur de psychologie qu'il est aisé de démontrer.

Pour que l'isolement agisse d'une manière efficace, il ne faut pas qu'il soit absolu, irrémédiable, sans recours. L'homme sain, dans ses périodes de dépression morale, peut ressentir un grand bienfait de se sentir loin du milieu dans lequel il est habitué à vivre, loin de ses affections même. — Le malade, lui, a besoin de se sentir rattaché par un lien, si ténu fût-il, à sa famille. Il doit pouvoir se dire que, au moindre indice de guérison, il pourrait être rendu, de suite, aux siens. Il importe qu'il ait confiance, et cette confiance, nécessaire au traitement, sans laquelle le médecin ne peut mettre en action la thérapeutique psychique, l'isolement lointain ne la lui donnera pas.

Il en est de ces malades comme de certains ascensionnistes que, dans les passages dangereux, la main du guide

seule suffit à rassurer et leur permet de franchir le mauvais pas.

Que de tuberculeux n'a-t-on pas vus chez lesquels l'isolement lointain de leur foyer créait de toutes pièces un état mélancolique qui venait compliquer la maladie primitive.

De même, il est nécessaire que le malade soit soustrait à son milieu, mais il est inexact de croire que le milieu dans lequel il sera placé hâtera en quoi que ce soit sa guérison.

« Etant chez moi, je me mets à rêver qu'à Naples ou à Rome je serai ivre de beauté et que je secouerai ma tristesse. Je fais mes malles, j'embrasse mes amis, je m'embarque, je me réveille enfin à Naples, et là, devant moi se trouve le même fait sévère, le triste moi, identique, inflexible, dont je voulais me sauver. Je cherche le Vatican, les palais. — J'affecte de m'énivrer de ce que je vois et des idées que cela me suggère ; mais je ne suis pas énivré. Partout où je vais, mon géant intime est avec moi. » (Emerson : *Essais*, p. 43, éd. Lacomblez).

Le malade qui rumine ses idées hypochondriaques, celui qui manifeste son excitation cérébrale par des propos exaltés, l'amnésique, le distrait, l'aboulique, quelle que soit la manifestation de ses troubles psychiques, si ceux-ci sont susceptibles d'être guéris, c'est par la persuasion seule qu'on obtiendra la guérison ; l'influence du milieu restera lettre morte.

Les conclusions que l'on peut tirer de cette manière de concevoir la question de l'isolement découlent facilement de ce que nous venons d'exposer. Le malade doit être

isolé, mais il est absolument nécessaire qu'il ne se sente pas un « reclus ». Il faut qu'il quitte son domicile, mais peu importe les idées que le milieu ne lui suggérera pas, le paysage qu'il doit contempler, c'est son médecin.

Nous arrivons maintenant à la question importante du traitement psychologique proprement dit, si difficile, vu le nombre des malades, à appliquer dans la pratique hospitalière.

On peut dire que le traitement psycho-thérapique, chez un malade à l'isolement, varie essentiellement, suivant la nature de l'affection à guérir ; la façon de soigner un neurasthénique simple, en effet, sera évidemment un peu différente de la façon de soigner un gastrique. Néanmoins, il existe, dans la médication psychique, quelques grands principes qu'il est indispensable de connaître ; le reste dépendra des maladies et, à propos de chacune d'elles en particulier, nous indiquerons, lorsque cela sera nécessaire, la marche à suivre.

Les principes essentiels de thérapeutique mentale ont été exposés par MM. Camus et Pagniez dans leur ouvrage sur l'isolement et la psycho-thérapie (Alcan, 1904, ch. IX) avec une clarté et une logique parfaites. Aussi bien ne pouvons-nous mieux faire que de les prendre pour guides et de renvoyer le lecteur à leur excellent traité.

1° Le premier soin, quand un malade est couché dans sa chambre d'isolement, est de procéder à un examen médical méthodique et complet ; par cet examen, le médecin sera assuré que son diagnostic est exact ; — d'autre part, il aura un premier effet sur l'esprit du malade, qu'il tran-

quillisera en lui montrant qu'il est soigné en connaissance parfaite de l'état de ses organes.

Parfois le médecin découvrira, au cours de cet examen, une lésion qui avait passé inaperçue ; dans ce cas, il se gardera bien de manifester sa surprise ; mais, si le malade connaît déjà cette lésion et qu'il en souffre, le médecin se gardera également de la nier : il se contentera de raisonner le malade.

Il est une règle dont le médecin ne devra jamais se départir : c'est de ne faire, sous aucun prétexte, de l'enseignement, ou même de discuter seulement avec d'autres médecins au lit du malade. On sait, en effet, que certains termes que l'on croit inintelligibles du patient sont souvent compris et, à un autre point de vue, il est également inutile d'attirer son attention sur des symptômes que l'on risque, par cela même, d'aggraver. Depuis longtemps, M. Babinski enseigne que beaucoup de troubles hystériques sont créés de toutes pièces par le médecin lorsque le malade est examiné pour la première fois (1).

2° Ce premier examen fait, le malade sera laissé au repos, puis aura lieu un second entretien, mais cette fois, autant que possible, sans témoin.

C'est dans cet entretien souvent fort difficile à diriger que le médecin devra mettre en œuvre ses qualités innées ou acquises de pénétration et de tact. Il s'adressera alors à l'intelligence du malade, ou au besoin à sa sensibilité, pour

(1) Voir, à ce sujet, la leçon que M. Babinski a faite à la Société de l'Internat, leçon dans laquelle il a résumé ses opinions sur ce sujet.

obtenir des aveux souvent fort pénibles, mais qui, une fois faits, apportent un notable soulagement. Il importe, dans cet entretien, que le malade ait bien l'impression qu'il se trouve non en face d'un juge, mais en face d'un homme pour lequel toute manifestation de l'esprit, si bizarre soit-elle, est considérée comme un simple phénomène.

Cette seconde étape de la thérapeutique est décisive, car c'est elle qui règle la ligne de conduite à suivre ultérieurement et la direction à donner au traitement. Aussi le médecin devra-t-il s'y reprendre à plusieurs fois, jusqu'à ce qu'il ait obtenu les indications qu'il désire. Comme disait M. Potain, « si les renseignements fournis par le malade sont inexacts ou incomplets, ne vous en prenez qu'à vous-même : vous avez mal su interroger ».

3° Lorsque le médecin a bien dégagé l'édifice que forment les troubles mentaux du sujet, le travail de destruction, puis de rééducation, c'est-à-dire la vraie psychothérapie active, commence.

Pour arriver à ce résultat, plusieurs méthodes doivent être employées, variables, bien entendu, avec le degré de culture, avec l'âge, avec le caractère, voire même avec la nationalité du sujet : certains malades seront persuadés par le raisonnement ; chez d'autres il faudra faire appel, en plus, à leur affectivité ; d'autres sont accessibles à l'ironie, mais il faudra n'user de cette arme qu'avec une grande prudence et se rappeler que chez la femme surtout ses effets ont parfois un déplorable résultat. Enfin, dans le même ordre d'idées, on peut se servir des divers artifices préconisés par Charcot et ses émules : pilules fulminantes, pilules de mica panis, aimants. L'action que l'on

exerce par ce moyen est parfaitement légitime car, comme l'a montré M. Babinski, ils agissent en dernière analyse par la persuasion ; dans ce cas « le processus mental qui aboutit au retour à l'état normal est raisonnable, sinon rationnel, ou, tout au moins, n'est pas en opposition avec le bon sens. Avoir confiance dans un médecin qui promet la guérison est chose toute naturelle ; ajouter foi à la parole d'un sorcier affirmant l'action infaillible de quelque remède secret n'a même rien d'absurde de la part d'un esprit sans culture intellectuelle ; le guérisseur agit par persuasion (1). »

Ces divers procédés mis en œuvre, on s'attachera, une idée étant détruite, à l'empêcher de reparaître dans le champ de la conscience. Depuis les travaux de M. Ribot, on sait que l'oubli, quelque paradoxale que paraisse cette proposition, est une fonction de la mémoire, l'assimilation des souvenirs et leur élimination se rattachant au rythme vital comme l'intégration et la désintégration, la systole et la diastole. On agira donc sur la fonction de l'oubli en obtenant du malade « qu'il évite de penser à une idée et de se la répéter, ou en supprimant la représentation à faire disparaître au moyen d'une autre que l'on s'attachera à rendre plus puissante : ou bien encore en dissociant la représentation que l'on veut supprimer et en reconstituant les éléments ensemble de manière à construire une représentation différente de la première ». (Höfding, cité par Camus et Pagniez.)

Toute idée étant un acte en puissance, si le médecin

(1) Babinski, *Loco citato*.

est arrivé à graver certaines vérités dans l'esprit du malade, de telle sorte qu'elles deviennent de définitives acquisitions, petit à petit les fonctions psychiques s'accompliront avec une correction croissante.

Nous avons négligé à dessein de parler dans ce chapitre de la suggestion à l'état de sommeil provoqué ; c'est parce que, comme nous l'avons dit plus haut, cette pratique est, dans la plupart des cas, inutile ; souvent même elle est dangereuse, car elle crée ou développe chez le sujet un état mental particulier qui, loin de favoriser la rééducation de la volonté, contribue, au contraire, à affaiblir, à paralyser celle-ci.

Néanmoins il ne faut pas être trop absolu et la rejeter complètement ; certains malades peuvent en effet en bénéficier ; les persécutés, par exemple, qui ont des hallucinations de la vue (fait rare) ou de l'ouïe (fait très fréquent), sont particulièrement rebelles à la thérapeutique persuasive ; quelque soin que l'on ait pris à leur prouver la nature purement psychique de leurs sensations, on s'apercevra rapidement que les raisonnements logiques sont sur eux sans effet. Aussi peut-on, à bon droit, après avoir constaté l'inanité de la psychothérapie simple, provoquer chez eux le sommeil hypnotique. Puis, lorsqu'ils seront endormis, on s'efforcera de leur suggérer des idées propres à les guérir. Une fois éveillés on peut espérer voir disparaître ou au moins s'atténuer les hallucinations, causes de leur délire. Néanmoins il ne faut pas se dissimuler que les résultats obtenus par ce moyen sont rarement définitifs, le plus souvent précaires et incomplets.

CHAPITRE IV

INDICATIONS DE L'ISOLEMENT ET DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Si l'on veut poser exactement les indications de l'isolement et de la psychothérapie dans les diverses affections qui peuvent en bénéficier, une distinction primordiale semble s'imposer.

Ce mode de thérapeutique, en effet, s'adresse exclusivement à l'état mental du sujet. Tandis que dans certains cas le trouble mental constitue toute la maladie, dans d'autres cas au contraire, une affection primitive viscérale a créé les phénomènes psychiques et ceux-ci, en vertu de l'action du moral sur le physique, aggraveront les troubles somatiques.

On pourrait donc diviser les troubles mentaux en deux grandes classes :

a) Ceux qui sont primitifs,

b) Ceux dont le point de départ est une lésion organique viscérale.

Dans la première classe viendraient se ranger les divers délires, et les états psychopathiques spéciaux : hystériques, neurasthéniques, tics, tremblements, etc...

A la seconde classe appartiendraient les psychoses digestives, circulatoires, génitales et autres.

Nous n'userons pas de cette classification qui est trop schématique et répond mal à la clinique. Néanmoins elle contient une part de vérité et permet d'expliquer plus aisément l'action de l'isolement et de la psychothérapie.

En effet, dans les cas de troubles primitifs, l'action de l'isolement et de la psychothérapie est directe et porte sur des accidents qui sont à eux seuls toute la maladie.

Dans les cas des troubles secondaires à une lésion viscérale, l'isolement permet de dégager le substratum organique de l'affection en faisant disparaître les troubles nerveux surajoutés. Un exemple fera comprendre notre pensée touchant cette seconde proposition. Soit un malade chez lequel, à la suite d'un traumatisme de l'épaule par exemple, se sont développés des phénomènes d'hystéro-neurasthénie. L'accident n'a pas été grave, les lésions consistent en un peu d'arthrite. Pour peu que le malade soit prédisposé les préoccupations morales accompagnant l'incapacité de travail auront tôt fait de faire naître des troubles du caractère : le sujet devient anxieux, abattu, sa douleur s'exaspérera au moindre examen, l'état général déclinera rapidement. Un tel malade désire guérir (nous éliminons bien entendu les cas trop fréquents de simulation) ; il ne lui manque que la volonté. Soustrait à son milieu, soumis au traitement psychique, on verra petit à petit les accidents mentaux disparaître de la scène, sur laquelle ne restera bientôt plus que l'affection initiale, l'arthrite.

On voit combien cette action dissociante de l'isolement est utile ; comme nous pensons pouvoir le montrer dans les

affections du tube digestif elle se montre avec une évidence absolue ; nous ne voulons certes pas dire que la psychothérapie puisse guérir une lésion organique, si petite soit-elle, mais elle dégage l'essentiel de l'accessoire, elle émonde l'arbre, en ne laissant plus subsister que le tronc.

Observation

(Camus et Pagniez).

Hémiplégie organique légère chez une femme très nerveuse. Exagération des symptômes par cet état de nervovisme. Guérison presque complète par la psychothérapie et la rééducation en quelques jours.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident à 35 ans. Mère morte de suites de couches à 28 ans.

Antécédents personnels. — Elle a été bien portante pendant son enfance. Réglée à 17 ans, elle l'a toujours été irrégulièrement depuis ; elle n'avait ses règles, dit-elle, que deux ou trois fois par an.

La malade a eu deux fils qui sont bien portants et quatre filles toutes très nerveuses, l'une d'elles est atteinte de chorée hystérique.

Elle même a toujours été très nerveuse, elle a eu très souvent la sensation de boule qui remonte à la gorge et provoque de la suffocation.

Elle n'a jamais eu de grande crise, mais souvent a éprouvé une sensation d'évanouissement qui durait une ou deux minutes. Ces petites crises surviennent depuis l'âge de 18 ans, en moyenne une fois par mois et sont toujours précédées d'une émotion ou d'un mouvement de colère.

Elle a souvent été incommodée par des crampes, du tremblement, du pyrosis, des cauchemars.

Début des accidents actuels. — Au commencement d'avril, la malade a plusieurs préoccupations, elle a souvent des discussions et se met très fortement en colère quelques jours avant le début de sa maladie.

Le 9 avril, en faisant son ménage, elle laisse échapper son balai, sent que son bras gauche se paralyse et que sa jambe gauche s'engourdit, cette paralysie disparaît en quelques instants, puis reparaît et devient permanente.

La malade est obligée de s'aliter, la jambe gauche est insensible et impotente, le bras est également paralysé.

Le 11 avril, la jambe est plus forte, la malade peut marcher en traînant cette jambe, mais le bras gauche est resté paralysé.

La face n'a présenté à aucun moment de signe de paralysie.

Le 16 avril, la malade vient à la consultation de la Salpêtrière.

Le bras gauche est paralysé, la jambe traîne sur le sol pendant la marche. A l'examen, nous ne trouvons pas de signe de Babinski ; la malade nous dit qu'elle a toujours été très nerveuse, elle nous parle des accidents de nervosisme que nous avons signalés plus haut.

De plus elle est accompagnée par sa fille, atteinte très nettement de chorée hystérique. En présence de ces indications, nous croyons que la malade est atteinte d'hémiplégie hystérique et sans faire un examen très approfondi, nous lui affirmons qu'elle sera guérie en quelques jours si elle consent à se soumettre à l'isolement.

Elle entre à la salle Pinel le jour même, 16 avril.

Examen le 17 avril. — Le bras gauche est pendant le long du corps, la malade ne peut le déplacer qu'au moyen de la main droite.

La jambe traîne toujours sur le sol pendant la marche.

Nous constatons une légère diminution de la sensibilité dans tout le côté gauche.

Au membre supérieur le sens des attitudes, le sens stéréognostique font complètement défaut.

La sensibilité au contact et à la douleur est plus forte au niveau de l'épaule qu'au niveau de la main.

Au membre inférieur la topographie de la sensibilité est l'inverse, c'est-à-dire que la malade paraît sentir davantage au pied qu'à la cuisse.

Le signe de Babinski qui faisait défaut la veille existe très nettement au gros orteil gauche.

Le réflexe rotulien est diminué du côté gauche, il est normal du côté droit

Ce nouvel examen nous conduit à croire que le diagnostic de la veille est erroné et qu'il s'agit d'une hémiplégie organique légère, exagérée par une malade très nerveuse.

Après quelques hésitations, nous nous décidons à affirmer comme la veille la guérison rapide et nous pratiquons des exercices de rééducation des membres et en même temps nous persuadons à la malade qu'il lui est possible de recouvrer sa motilité.

Cependant nous ne nous reconnaissons pas le droit de laisser la malade sans autre traitement et en raison des symptômes organiques nous instituons un traitement mercuriel et iodé.

Dynamomètre :	17	avril	main gauche.....	10
—	10	—	—	20
—	19	—	—	25
—	22	—	—	32
—	25	—	—	35
—	26	—	—	37

Le 28 avril, tous les mouvements des membres sont possibles, la malade peut se servir de son bras et de sa main pour

tous les usages de la vie, alors qu'elle était complètement impotente.

L'hémi-hypoesthésie n'existe plus que très légèrement, et le sens stéréognostique ainsi que le sens des attitudes sont presque normaux.

Poids : 17 avril..... 73 kgrs.
— 30 — ..... 75 —

I. — Les délires systématisés

Dans les délires systématisés, délire hypochondriaque, délire de persécution, délire de grandeurs, etc..., les résultats que l'on obtient par la psychothérapie sont, comme nous l'avons dit plus haut, le plus souvent nuls. On peut toujours tenter la persuasion à l'état de veille ou la suggestion à l'état de sommeil provoqué, mais les fonctions psychiques sont trop profondément troublées pour que ces procédés aient quelque action.

Par contre l'isolement s'impose à un triple point de vue :

a) Au point de vue du malade d'abord : sa surveillance devenant, par ce moyen, plus facile.

b) Au point de vue de son entourage immédiat ensuite, car ces genres de délire sont contagieux, et fréquemment nous avons vu à la consultation de M. le docteur Gilbert Ballet des malades atteints de délire de persécution amener avec eux leur femme et leurs enfants qui avaient épousé leurs conceptions touchant les mauvais traitements dont ils se croyaient la victime.

c) Au point de vue social enfin ; en effet, si les hypo-

chondriaques sont inoffensifs, les persécutés, au contraire, constituent un réel danger ; après avoir épuisé tous les moyens d'action : lettres, articles de presse, procès, ils peuvent toujours, à un moment donné finir par l'action directe, c'est-à-dire par l'attentat criminel.

II. — Les Phobies

Les différentes phobies : agoraphobie, claustrophobie, ereuthrophobie, folie du doute, sont facilement guérissables par la méthode d'isolement et la psychothérapie.

Le phobique, en effet, est un malade chez lequel certaines idées ont pris le pas sur toutes les autres ; mais, en même temps, c'est un aboulique incapable de réagir contre ces idées fixes et dont l'éternel *leit motiv* dans la conversation est « je ne peux pas ».

Le médecin devra le traiter avec prudence, mais sans se lasser, car le succès couronnera presque toujours ses efforts. Bien des malades ont été guéris de la sorte par notre père et nous nous souvenons d'un médecin qu'il soignait, atteint de la peur des microbes. Au bout de quelque temps cette peur disparut si bien que le malade qui ne marchait que sur ses talons de peur de se contaminer, allait dans le monde, dansait et jouait du violon.

Une autre malade fut guérie également, qui passait des nuits entières à nettoyer l'une après l'autre toutes les épingles à cheveux d'un paquet qu'elle avait acheté dans la journée.

Nous pourrions facilement citer de nombreux exemples analogues.

OBSERVATION

(Camus et Pagniez).

Vertiges. Agoraphobie. Céphalée. Perte d'appétit. Insomnie. Hypoesthésie droite. Accidents causés en grande partie par le surmenage. Guérison.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Mère morte d'un cancer du sein, à l'âge de 49 ans. Père mort à 72 ans de maladie de cœur.

La malade a une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Elle a eu une bronchite à l'âge de 6 ans et depuis elle a presque toujours toussé chaque hiver jusqu'il y a un an.

Elle aurait eu des convulsions à l'âge de 6 ans (une dizaine en l'espace de deux mois).

Elle eut ses premières règles à l'âge de 12 ans et a toujours été bien réglée.

A l'âge de 24 ans, elle eut des ganglions dans l'aisselle qui ont suppuré pendant six mois.

Début des troubles nerveux. — Il y a deux ans, la malade commença à avoir de la céphalée survenant aussitôt après les repas. Elle éprouvait des bouffées de chaleur, sa face devenait rouge, elle souffrait de l'estomac et redoutait, dit-elle, d'avoir des crises de nerfs.

En août 1902, elle éprouva des vertiges, des sensations de secousse dans la tête. Ces vertiges se répétèrent assez fréquemment. Elle en eut un jour dans la rue de très violents et fut obligée d'entrer dans une pharmacie, présentant en même temps un tremblement intense, claquant même des dents. Elle fut reconduite chez elle, où elle continua à ressentir une douleur dans la nuque avec sensation d'attraction en arrière et

crainte de tomber à la renverse. Elle éprouva ensuite la sensation de boule, elle perdit connaissance une fois, pendant dix minutes, en suffoquant et en agitant les bras et les jambes.

Elle fit un séjour d'un mois à la campagne, puis de quinze jours au bord de la mer et revint améliorée.

A son retour à Paris, elle se plaignait de douleurs sous le sein gauche et craignait d'avoir une maladie de cœur et d'en mourir.

Les vertiges continuèrent ; elle avait la phobie de sortir dans la rue, en même temps apparaissaient des douleurs de reins.

Parfois elle était agitée de petites crises de tremblement généralisé, sans perte de connaissance et sans chute sur le sol.

Elle suivit plusieurs traitements sans aucun résultat, elle était toujours surexcitée et craintive, elle souffrait de la tête et travaillait avec beaucoup de peine. Son travail en outre la surmenait et la tenait occupée de 6 heures du matin à 11 heures du soir, elle prenait ses repas très irrégulièrement à 1 heure, à 2 heures, à 3 heures de l'après-midi, irrégularité nécessitée par les livraisons qu'elle devait faire en ville.

Elle perdit l'appétit, était obligée de prendre de l'opium pour dormir et avait des cauchemars.

Elle entre, le 9 janvier 1903, à la salle Pinel pour tous les troubles que nous venons d'énumérer.

Examen. — Il existe une zone d'hyperesthésie sur le cuir chevelu au sommet de la tête et une autre à la nuque.

Elle a de l'hypoesthésie du côté droit.

De l'hyperesthésie sous le sein gauche et sur le trajet de la colonne vertébrale.

Le réflexe pharyngien fait défaut.

Les urines sont normales.

Elle est soumise à l'isolement, au régime lacté, au traitement psychothérapique. On lui démontre par le raisonnement d'abord,

par de courts exercices de marche (étant accompagnée) ensuite, que les vertiges sont purement imaginaires. Ces séances de marche ont lieu d'abord dans la salle, puis dans la cour. Les progrès s'accentuant et la disparition des vertiges semblant définitive, la malade s'habitue à la fin du traitement à traverser des places publiques en dehors de l'hôpital.

A la sortie le 25 février, la céphalée a disparu, l'hyperesthésie du cuir chevelu également, la sensibilité cutanée, le champ visuel sont normaux.

Il subsiste un peu d'hyperesthésie sous le sein gauche, mais la malade n'y porte plus son attention.

Elle a bon appétit, est devenue gaie et affirme qu'elle n'a jamais été aussi bien depuis quatre ou cinq ans.

Poids :

9	janvier	51 kilogr.
13	—	51 —
20	—	51 —
27	—	51 —
3	février	52 kgr. 500
10	—	53 kilogr.
17	—	53 kgr. 500
24	—	55 kilogr.

III. — L'Hystérie

Tous les troubles hystériques qui ressortissent du domaine de la neurologie pure : anesthésies, contractures, paralysies, peuvent et doivent être traités par l'isolement et la persuasion.

Cette opinion que professe M. Babinski et son école, est adoptée actuellement par la majorité des neurologistes.

L'action de l'isolement et de la psychothérapie sur les

troubles mentaux proprement dits n'est pas moins efficace.

Ces troubles mentaux ont été classés par M. Janet (*Etat mental des hystériques)* de la façon suivante :

a) Affaiblissement et mobilité de l'attention ;

b) Troubles de la mémoire : amnésie de reproduction ;

c) Modification de l'affectivité.

d) Troubles de la vie sexuelle.

e) Affaiblissement de la volonté, aboulie.

La simple énumération de ces troubles montre qu'ils peuvent être traités par la thérapeutique psychique jointe à l'hydrothérapie, à l'électrisation, au massage.

Il en est de même pour tous ceux qui se montrent avant, pendant et après la crise : hallucinations, délire d'excitation, de dépression, etc...

La méthode à employer est, avons-nous dit, la persuasion, mais il est un écueil qu'il faudra essayer d'éviter : le médecin peut exercer sur le malade une influence absolue : mais, à mesure que croîtra cette influence, à mesure croîtra également la tendance du sujet à l'automatisme psychique régi par la volonté du médecin. C'est un cercle vicieux, aussi faut-il savoir doser avec tact le pouvoir que l'on acquiert sur l'esprit du malade afin de le guérir et pour ne point le transformer en un instrument n'agissant que par la volonté du thérapeute.

IV. — La neurasthénie.

La nécessité de la cure par l'isolement et la psychothé-

rapie de la maladie de Béard dans sa forme grave est actuellement admise sans conteste par tous les auteurs.

Sous l'influence de ce traitement, en effet, on voit s'amender la céphalée, la rachialgie, l'insomnie, la dépression cérébrale, l'asthénie neuro-musculaire et tous les autres troubles décrits par Oulmont (*Thérapeutique des névroses*).

Mais, comme dit cet auteur, l'isolement n'est pas indiqué dans la neurasthénie simple, la neurasthénie subaiguë ; dans cette forme le repos intellectuel suffit en général, « l'oisiveté complète étant le plus souvent fâcheuse pour ces sortes de malades ».

Au contraire, dans la forme grave, l'isolement s'impose. Mais il faut réagir contre la tendance que l'on pourrait avoir à distraire ces malades et à les faire voyager. « Qui dit voyage dit fatigue », or, le repos du corps comme celui de l'esprit sont absolument nécessaires, comme l'enseigne M. Gilbert Ballet, dans ces cas et c'est sur eux que l'immobilité au lit et l'alimentation raisonnée, bases du traitement de Weir Mitchell, ont le plus d'effet.

Comme dans l'hystérie, on se trouvera bien de joindre au traitement précité, l'hydrothérapie, le massage et mieux l'électrisation : faradisation et galvanisation générales, franklinisation, courant de Vatteville.

V. — La mélancolie.

Le traitement moral est capital dans la lypémanie simple et dans la dépression mélancolique ou mélancolie subaiguë (Régis).

Bien que l'accord ne se soit pas encore fait sur la question de savoir si toute mélancolie n'est pas symptomatique d'un trouble digestif, circulatoire ou glandulaire, il n'en est pas moins vrai que l'on verra s'amender les troubles psychiques sous l'influence d'un traitement psychique approprié dans tous les cas qui ne sont pas la mélancolie chronique avec délire systématisé secondaire et la manie mélancolique ou folie à double forme, variétés sur lesquelles toute tentative d'action psychothérapique est condamnée à échouer.

L'isolement, naturellement, quelle que soit la forme, doit être pratiqué, et un isolement avec surveillance minutieuse de tous les instants, pour prévenir toute tentative de suicide.

VI. — La chorée.

Le traitement de la chorée est une des questions les plus controversées de la thérapeutique des névroses. Rien n'est plus incertain, en effet, que l'action des médicaments sur cette maladie, et tous les calmants ont été mis en œuvre avec un succès très irrégulier.

Quelle que soit la médication employée, celle-ci ne pourra que bénéficier de l'adjonction de la cure par isolement et psychothérapie. Les divers troubles mentaux que l'on observe chez les choréiques : diminution de l'attention, affaiblissement de la mémoire, disparaissent avec la maladie et n'ont, en général, qu'une importance secondaire ; la thérapeutique visera surtout à faire disparaître les mouvements involontaires et à cet effet il sera bon de faire

faire au malade une véritable gymnastique d'immobilité, si l'on peut ainsi parler. Assis en face du médecin, le malade devra placer ses mains sur ses genoux et tâcher d'observer le repos le plus longtemps possible. On commencera par des séances courtes, à intervalles assez éloignés, deux séances, par exemple, de deux minutes par jour, puis on augmentera la durée et le nombre des séances jusqu'à ce qu'un résultat soit obtenu.

Comme l'a montré Oulmont (*loco citato*), il ne faut pas toujours, en présence d'une guérison, attribuer celle-ci à la thérapeutique mise en usage, étant donné la durée variable, la marche oscillante de la chorée ; néanmoins, l'isolement et la psychothérapie semblent devoir être pratiqués de concert avec les autres méthodes : hygiène, administration d'hypnotiques, de médicaments nervins, de toniques (arsenic), etc...

VII. — Les tics. Le torticolis mental de Brissaud.

Pour comprendre l'action de l'isolement et de la psychothérapie sur les tics, il importe de poser nettement la définition du tic elle-même. En effet, la non-influence de ce genre de traitement dans bien des cas provient de ce que les faits ont été mal observés et que, sous le nom de tic, on a rangé ce qui, en réalité, était un spasme ; il ne faut pas confondre ces deux termes très différents l'un de l'autre.

Tous deux, tic et spasme, sont caractérisés par une contraction involontaire d'un muscle ou d'un groupe muscu-

laire. Mais le spasme reconnaît pour cause une excitation nerveuse portant sur un point quelconque du nerf depuis son origine jusqu'à sa terminaison. Cette excitation peut être provoquée par une tumeur, une exostose, un corps étranger et nous comparerions volontiers ce qui se passe au niveau du nerf à ce que l'on voit se produire au niveau de l'encéphale dans l'épilepsie bravais-jacksonienne : accumulation d'influx nerveux puis, périodiquement, décharge.

Le tic au contraire a une pathogénie toute différente. C'est comme l'a montré M. le professeur Brissaud une véritable maladie mentale ; chez un sujet prédisposé, un mouvement, par suite d'une habitude professionnelle, d'un détail de vêtement, se produit et est répété plusieurs fois. Peu à peu, le sujet étant prédisposé, répétons-le, ce mouvement qui participe au psychisme supérieur, pour parler comme M. le professeur Grasset, ne participera plus qu'au psychisme inférieur. Bien plus, les communications avec le centre O seront momentanément interrompues : or, ce sont ces communications que la psychothérapie permet de rétablir.

Nous avons observé chez M. Gilbert-Ballet, une malade atteinte de cette forme de tic que M. le professeur Brissaud a décrite sous le nom de torticolis mental. Tous les moyens avaient été employés depuis le massage et l'électrisation, jusqu'à l'application d'une minerve ; tous avaient échoué. Placée à l'isolement, soumise à un exercice méthodique et journalier de persuasion, cette malade quitta le service très améliorée, et nous avons pu la revoir depuis, à peu près complètement guérie.

VIII. — Polyurie, Anurie, Fièvres hystériques.

Dans la polyurie, l'anurie, la fièvre hystérique, l'isolement constitue un traitement absolument spécifique et les résultats que l'on obtient sont d'une surprenante efficacité.

Ce sont ces malades que l'on voit ne point uriner pendant plusieurs jours ou au contraire uriner quatre, cinq, six fois plus que l'individu normal, ces malades dont la température atteint 41°, voire même plus, — le tout sans que l'examen le plus attentif puisse faire découvrir une lésion viscérale quelconque. On a constaté chez eux quelques troubles de la sensibilité, du retrécissement du champ visuel, etc.., et l'hystérie est aussitôt accusée de produire les symptômes qui les amènent devant la médecine.

Or, phénomène très remarquable, ces malades sont mis à l'isolement et, le lendemain matin, si l'isolement a été complet et le malade étroitement surveillé, tous les troubles ont disparu : la température tombe, comme au septième jour de la pneumonie, l'anurie fait place à une décharge urinaire absolument normale, la polyurie cesse complètement. Il est vrai qu'à l'hôpital le médecin n'assiste pas toujours à cette prodigieuse guérison, car souvent le malade a signé sa pancarte le soir même et est parti se faire soigner dans un service où la surveillance des hystériques n'est pas exercée avec une rigueur scientifique excluant toute possibilité de fraude.

IX. — Incontinence d'urine nocturne chez l'enfant.

Le syndrome incontinence d'urine nocturne chez l'enfant est un trouble dû à une incapacité de contrôle de la miction pendant cet état de sub-conscience qu'est le sommeil. Il peut être très bien corrigé par la psychothérapie, si tant est qu'on puisse employer un terme de cette envergure dans une affection de si peu d'importance. Par quel mécanisme ? Probablement, comme le font remarquer MM. Camus et Pagniez, qu'à la suite de réprimandes l'enfant associe les sensations qui précèdent la miction de la crainte de punitions, de moqueries, etc..., crainte qui peut avoir un effet inhibiteur sur la miction.

X. — Troubles mentaux dans les maladies infectieuses.

Le délire est un accident fréquent au cours des infections : tout fébricitant y est enclin et, comme le fait remarquer M. Rogues de Fursac, il se produit avec une facilité d'autant plus grande que l'individu présente une prédisposition plus marquée aux troubles nerveux et mentaux, qu'il est plus dégénéré.

Le malade peut présenter des troubles psycho-sensoriels variés, mais dans lesquels prédominent les illusions et les hallucinations de la vue. C'est dans ces cas qu'il importe d'isoler de pareils malades, mais surtout d'éloigner de la pièce où ils sont couchés tout objet : tableau, statue, glace, qui peut être le point de départ d'une illusion, et,

partant, déterminer de l'agitation et du délire. En surveillant le malade on peut, lorsqu'on voit qu'une vision affreuse l'oppresse, chasser passagèrement cette vision par une interpellation brusque et ferme.

En principe donc, on a avantage à isoler un malade atteint de fièvre ; le délire peut toujours apparaître à un moment donné, comme l'ont montré Kräpelin et Aschaffenburg, et même lorsqu'il s'agit d'un simple délire onirique il y a avantage, répétons-le, à simplifier le mobilier de la chambre pour parer aux illusions, dans la mesure du possible, illusions si pénibles que, quiconque a été atteint d'une maladie infectieuse, ne peut se les rappeler, guéri, sans une profonde angoisse.

XI. — Troubles mentaux dans les intoxications.

1° Le délire alcoolique, dans la forme ivresse maniaque surtout, doit être traité tout comme les délires systématisés et pour les mêmes raisons. Nous ne pouvons donc, sous peine de redites, exposer à nouveau ce que nous avons dit à ce sujet.

L'alcoolique chronique bénéficie au plus haut point de l'isolement et de la psychothérapie : c'est dans un asile d'aliénés ou dans un asile de buveurs qu'on pourra faire disparaître les impulsions qui l'incitent à boire et rééduquer sa volonté chancelante.

2° Il en est de même pour la morphinomanie, l'étheromanie, la cocaïnomanie : l'isolement dans une maison de santé permet de pratiquer la cure de sevrage méthodique

et de surveiller le malade au point de vue des accidents que cette cure peut produire.

La conduite à tenir varie suivant les diverses époques de l'intoxication ; elle a été excellemment étudiée par Chambard (*Les Morphinomanes*), dont le livre doit servir de guide pour tous ceux qui auront à traiter de semblables malades.

XII. — Troubles mentaux dans les affections cardio-vasculaires.

L'association de l'hystérie avec une maladie de cœur est fréquente, comme l'a bien montré M. Potain (*Cliniques de la Charité*), et particulièrement l'association de l'hystérie avec le rétrécissement mitral. Cette association se manifeste par de la dyspnée, sans proportion avec la lésion cardiaque, de la douleur au niveau de la région précordiale, des palpitations vives, bien que les battements du cœur soient réguliers et nettement frappés.

Ces divers symptômes s'améliorent notablement sous l'influence de l'isolement et Potain cite le cas de plusieurs malades considérablement améliorés par le seul fait du repos au lit à l'hôpital.

Nous n'aborderons pas le sujet de l'angor pectoris et de la distinction entre les vraies et les fausses angines ; toute angine s'accompagnant d'angoisse paroxystique intolérable est absolument réfractaire au traitement par les moyens psychiques.

Nous dirons un mot seulement des troubles mentaux des phlébitiques. La crainte de l'embolie pulmonaire peut

provoquer chez ces malades, ainsi que l'enseigne M. Vaquez, un état mental absolument particulier : ils n'osent bouger, même quand tout danger peut être définitivement écarté, de peur de mobiliser un caillot. Il est bien évident que la psychothérapie fera cesser de semblables phobies.

XIII. — Troubles mentaux d'origine respiratoire.

Chez les névropathes, la moindre lésion des voies respiratoires, larynx, trachée, poumon est capable de provoquer des crises de dyspnée souvent très vives, parfois même des crises de faux asthme ; ces troubles cèdent généralement ou sont réduits à leur juste valeur par le traitement psychothérapique.

Il est juste de reconnaître, cependant, que souvent on a affaire à des dyspnées et des palpitations sans cause apparente, qu'il faut ranger alors dans les troubles purement inorganiques et qui bénéficient également de l'isolement et de la persuasion. Les malades qui en sont atteints se présentent comme de véritables phobiques et l'observation suivante, tirée du traité de MM. Camus et Pagniez, observation suivie de guérison par l'isolement, en est un exemple probant.

Observation

(Camus et Pagniez).

Angoisses. Sensations d'étouffement. Phobies. Sensations pénibles multiples. Troubles sensitifs. Guérison.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Elle eut une bonne santé pendant son enfance.

Elle fut réglée à 13 ans.

Elle se maria à 19 ans, et eut à l'âge de 20 ans, un fils âgé maintenant de 12 ans, qui d'après les renseignements qu'elle donne semble être atteint de chorée.

Début des troubles nerveux. — Depuis l'âge de 29 ans, la malade a remarqué que son caractère se modifiait, qu'elle était plus nerveuse, plus impressionnable.

A 31 ans, elle eut des chagrins de famille, des pertes d'argent et pendant une période de trois mois eut, chaque jour, deux, trois et même quatre crises de nerfs. Chaque crise se terminait par des larmes.

Elle fit deux séjours à la campagne, son état s'améliora, mais elle resta cependant très émotive, souffrant d'angoisses à la moindre contrariété, à la moindre difficulté.

Les sentiments affectifs disparurent pour sa famille et ses amis et ne persistèrent que pour son mari et son fils.

Depuis le mois de juillet, c'est-à-dire il y a trois mois, son état s'aggrava de nouveau, sans qu'elle puisse en préciser exactement la cause.

Chaque jour, vers trois heures de l'après-midi, apparaissait une sensation de gêne à la gorge, en même temps qu'un sentiment d'angoisse qui se développait jusqu'à la tombée de la nuit et atteignait son maximum au moment où la malade se couchait. Au début de son sommeil, elle avait plusieurs réveils brusques avec sensation de chute.

La gêne qu'elle éprouvait à la gorge lui donnait l'illusion d'une boule qui remontait et ne pouvait sortir et l'étouffait.

Elle ressentait également des douleurs à la nuque et dans les épaules. Elle souffrait de sensation de froid, de fourmillements, d'engourdissement dans la main et dans le pied gauche. Des palpitations violentes lui firent croire qu'elle était atteinte de maladie de cœur.

Toutes ces sensations s'accompagnèrent bientôt de phobies.

Vers trois heures de l'après-midi, elle était prise d'angoisse, ne pouvait rester chez elle et obligeait son mari à sortir avec elle, tant pour avoir plus d'air que pour fuir sa maison.

Elle vint à la consultation de la Salpêtrière le 24 novembre et fut reçue à la salle Pinel.

Examen. — Elle se plaint de tous les troubles que nous venons de mentionner. Sensations d'étouffement, angoisses, palpitations, phobies, etc.

On constate une légère hyperesthésie du côté gauche.

Un peu d'hypoesthésie dans le membre inférieur droit.

De l'hyperesthésie du cuir chevelu.

Le réflexe rotulien gauche est un peu exagéré. Le réflexe rotulien droit est plutôt affaibli.

Les réflexes achilléens sont normaux.

Les urines sont normales.

La malade est soumise à l'isolement, au régime lacté, au traitement psychothérapique.

Elle prend jusqu'à cinq litres de lait par jour.

Les douleurs constrictives de la gorge disparaissent en trois jours.

Les autres sensations pénibles, les phobies disparaissent peu à peu, ses sentiments affectifs reviennent pour sa famille ; le sommeil redevient régulier.

Avant son entrée, la malade pleurait avec facilité pour des motifs très futiles, alors qu'elle restait indifférente à des événements qui auraient dû l'affecter. Sa sensiblerie maladive disparaît, sa sensibilité morale redevient normale.

Son caractère est plus gai.

Au début de décembre elle se déclare débarrassée de tous ses troubles, et peut être considérée comme guérie.

Poids :	24 novembre...	45 kilogrammes.	
	2 décembre...	46	—
	10 — ...	47	—
	14 — ...	48	—

Elle nous quitte le 14 décembre. Elle a écrit depuis son départ pour donner de très bonnes nouvelles de sa santé et pour prier le professeur Déjerine de recevoir dans son service deux de ses amies atteintes de la même maladie qu'elle.

XIV. — Troubles mentaux d'origine génitale.

Les troubles mentaux à point de départ génital se rencontrent : soit au cours de la puberté, soit à l'occasion de la menstruation, soit au moment de la ménopause, de la grossesse, de l'accouchement (psychose puerpérale), de la lactation, soit enfin pendant ou après une maladie génitale quelconque : blennorrhagie, syphilis, affections du testicule, de l'ovaire, de l'utérus.

Ils revêtent les aspects les plus divers, depuis la dépression neurasthénique jusqu'à la manie, au délire de persécution, témoin le fait connu de ce chirurgien célèbre qui reçut une balle de pistolet d'un malade qu'il avait opéré d'un varicocèle, pour avoir négligé de prévenir celui-ci de l'atrophie testiculaire qui devait résulter de l'intervention.

Dans tous ces cas, le traitement par l'isolement et les essais de psychothérapie doit être institué ; son opportunité est absolue, surtout dans les cas où la vitalité de l'organe (testicule, ovaire) en tant que glande n'est pas détruite. Dans ces cas, les troubles mentaux sont des troubles purement inorganiques, en rapport avec le rôle si important que joue la fonction de procréation dans la vie psychique.

CHAPITRE V

LA CURE PAR ISOLEMENT DANS LES AFFECTIONS GASTRIQUES

Si certains malades atteints de lésions mentales, du syndrome neurasthénique, de nervosisme, si certains individus, fatigués par des excès de travail physique ou cérébral, bénéficient d'une cure d'isolement et de repos, il n'en est pas comme les malades du tube digestif pour tirer un profit réel de cette méthode.

Dans notre aperçu général sur les affections curables ou tout au moins améliorables par l'isolement, nous avons déjà fait remarquer que le système nerveux jouait un grand rôle dans l'étiologie de la pathologie digestive.

A. — Du côté du premier segment des voies digestives, nous trouvons deux affections qui relèvent d'un trouble de l'innervation, *l'œsophagisme* d'une part, *la pituite œsophagienne aqueuse ou hémorrhagique* d'autre part.

L'œsophagisme est caractérisé par ce fait que le malade ne peut déglutir le bol alimentaire parce qu'il souffre dans la région sternale et que le passage des aliments, la simple déglutition salivaire lui sont trop pénibles. Il a, de plus, la sensation que le corps dégluti est arrêté dans son trajet

œsophagien, il a une sensation de poids sur la poitrine. Cet œsophagisme peut être continu, mais le plus souvent il est intermittent, passager, ou ne se manifeste qu'à l'occasion de la déglution de matières solides. Quand on se trouve en présence d'un tel malade, on doit se demander si cet œsophagisme est primitif ou s'il n'est pas secondaire à une lésion ulcéreuse de l'organe ; c'est très souvent un diagnostic difficile, soit que l'exploration soit difficile, soit que l'on craigne, par certaines manœuvres, d'aggraver la lésion. Avant de conclure à la nature névropathique d'un tel symptôme, l'on doit éliminer toutes les causes morbides capables de l'engendrer. Mais la meilleure preuve de son origine inorganique, ce sera encore le résultat thérapeutique quand nous l'aurons fait cesser par le seul fait d'isoler le malade et de lui faire une médication psychothérapique. Nous connaissons une malade qui, par crainte de réveiller un œsophagisme, avait pris l'habitude de ne s'alimenter qu'avec des liquides qu'elle avalait par petites quantités à l'aide d'un chalumeau. Mise à l'isolement, on lui a passé des sondes œsophagiennes de gros calibre, on lui a fait déglutir devant nous des aliments solides après avoir exploré l'œsophage qui avait pu laisser passer des sondes de gros calibre.

Nous ne ferons pas ici le tableau clinique de la pituite œsophagienne séreuse ou hémorrhagique, si bien décrite par MM. Mathieu et J.-Ch. Roux. Nous rappellerons cependant qu'elle consiste dans le rejet par vomissement d'une certaine quantité de liquide salivaire accumulé dans l'œsophage.

Si cette pituite œsophagienne semble, dans un certain

nombre de cas, consécutive à un spasme du cardia, organique ou non, dans la majorité des cas elle relève d'un trouble névropathique. Pour M. Mathieu, ce symptôme aurait la valeur d'un stigmate hystérique. Ce que Josserand (de Lyon) décrit sous le nom de « Hémosialémèse » paraît être un trouble de même valeur et de même origine. Les observations que nous publions nous ont été communiquées par M. Mathieu ; toutes nous montrent le grand profit que les malades ont tiré de la cure d'isolement et de la psychothérapie.

Observation I

(Service de M. Mathieu).

Mad. D..., 42 ans, sans profession, 22 mars 1904.

La malade était entrée à l'hôpital Andral, parce que depuis une dizaine d'années, elle a, surtout après les repas, une sensation de boule et de brûlure le long de l'œsophage et qu'elle rejette, non l'alimentation, mais un liquide aqueux, très abondant, nullement acide.

Antécédents héréditaires. — Père mort asthmatique à 74 ans.

Mère morte d'accidents à 41 ans.

Frères et sœurs bien portants.

Une sœur morte des suites de couches.

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — A 3 ans, broncho-pneumonie à la suite d'un refroidissement. Réglée à 14 ans très régulièrement.

A 18 ans, à la suite d'une période assez longue de mauvaise alimentation, elle est devenue très anémique. Elle était alors dans une maison de commerce où elle travaillait debout de

8 heures du matin à minuit. Le matin, elle était déjà courbaturée, fatiguée, mais elle ne souffrait pas de l'estomac. A midi, elle mangeait peu ; à 5 heures de l'après-midi, elle avait fréquemment de la céphalée, une sensation de faiblesse générale. Le dîner du soir était peu copieux et la soirée était bonne. La nuit, elle dormait bien.

A cette époque, déjà son tempérament nerveux commençait à se manifester. Elle éprouvait très souvent une sensation de boule qui remontait et la serrait à la gorge. Elle riait ou pleurait sans motif. Après les repas, elle avait du gonflement abdominal, ce qui l'obligeait à se desserrer. Mise au traitement par le fer, le quinquina, la noix vomique, les douches et des bains de Barèges, son état nerveux et anémique s'était amélioré au bout de deux ans, tout en souffrant encore de temps en temps de l'estomac.

Elle se marie à 26 ans, a une fille à 27 ans, un fils à 30 ans. Après cela, elle devient plus nerveuse sans motifs sérieux. Très gaie jadis, elle devient morose, triste, taciturne, recherche la solitude. Les troubles digestifs s'accroissent et se manifestent de la façon suivante : après le repas, sensation de boule le long de l'œsophage, pas de douleurs à des points précis et elle commence à vomir. Elle rejette après le repas, tantôt tout de suite, tantôt deux, trois heures après un liquide ayant une apparence albumineuse, ne contenant pas d'aliments. Il était abondant, puisqu'il pouvait atteindre la valeur d'un demi-litre. Après ce vomissement, elle souffrait davantage de l'estomac et la douleur diffuse s'étendait à tout le creux épigastrique. Son état nerveux s'aggrave et subit, comme son état général, des périodes de calme et de paroxysme douloureux. Elle reste quelquefois trois à quatre semaines sans souffrir, ni vomir. Mais depuis cinq ans et surtout ces temps derniers elle souffre sans intervalle. Depuis trois mois surtout, elle vomit journellement, et ces vomissements se répètent trois et quatre fois par jour ; ils fatiguent beaucoup la malade, bien qu'ils se produisent sans

effort, aussi ne veut-elle plus manger. Elle a, de fait, considérablement maigri (47 kilogrammes à son entrée).

De plus, la malade est une constipée, mais on n'aurait jamais remarqué la présence de glaires ni de fausses-membranes.

L'examen donne :

Du côté du tube digestif : espace de Traube sonore, estomac dilaté jusqu'au-dessus de l'ombilic. Points douloureux le long de la grande courbure et surtout point épigastrique très sensible, avec sensation d'étouffement.

Du côté du système nerveux : hypoesthésie par plaques, anesthésie pharyngée, pas de rétrécissement du champ visuel, réflexes forts.

Urine normale. rien aux autres organes.

Le 23 mars, la malade est mise dans une chambre ; seule, la surveillante est en rapport avec la malade. Toute visite, toute correspondance sont interdites, mais la malade sait qu'on vient tous les jours demander de ses nouvelles. On lui permet quelques lectures, mais elle doit garder le repos le plus absolu. Comme régime, on lui prescrit deux litres et demi de lait et deux œufs.

La malade prétend qu'elle ne pourra absorber une telle quantité, elle se désole, se lamente, ébauche une petite crise nerveuse. Le premier jour, elle vomit 750 centimètres cubes de liquide. Poids : 47 kgr. 800.

La malade prend de la belladone (0,03 cent. par jour d'extrait), de la codéine et de la magnésie.

Le 26, le vomissement est moins abondant, l'alimentation est supportée, mais elle souffre de l'estomac.

Le 29, M. Mathieu fait donner à la malade, et cela par l'interne en pharmacie lui-même, trois pilules de Taraxacum dens leonis. Ce traitement psychothérapique a le meilleur effet. De jour en jour l'état s'améliore, l'appétit revient, la malade reste des journées sans vomir ; la confiance revient, les troubles dyspepsiques disparaissent. Le traitement par l'isolement et la psychothérapie sont encore continués pendant quelque temps.

En somme au bout d'un mois la malade quittait l'hôpital, ayant gagné deux kilogrammes.

Observation II

(Service de M. Mathieu.)

Mme L..., 35 ans, domestique, 15 octobre 1902.

La malade souffre de l'estomac depuis dix ans. Le début a été brusque ; à la suite d'un effort (chute d'un panier) elle a ressenti à la région épigastrique une vive douleur ; il n'y a pas eu de traumatisme direct mais seulement un effort violent pour retenir l'objet qui tombait. A partir de cette époque elle ressentit à intervalles assez irréguliers (tous les 8 à 15 jours) une douleur supportable siégeant à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic, douleur irradiant vers le côté gauche. Cette douleur n'avait pas d'horaire fixe et sa durée était extrêmement variable, de quelques minutes à plusieurs heures, parfois une journée entière. Cette douleur revêtait les caractères tantôt d'une brûlure, tantôt d'une déchirure, de torsion. Elle était souvent accompagnée d'une sensation de boule remontant de la région épigastrique à la gorge et d'un peu d'étouffement. L'ingestion des aliments tantôt calmait, tantôt exagérait le phénomène. Quand la douleur était vive, la malade rendait par régurgitation sans aucun effort une à deux gorgées de liquide filant coloré en rouge, mais ce rejet ne procurait aucun amendement à la douleur.

A ces signes (brûlure et pituite hémorrhagique) se joignaient des renvois nombreux en série et parfois des régurgitations alimentaires. Il n'y avait pas de vomissements proprement dits. Les choses allèrent ainsi pendant sept ans sans autre modification qu'une exacerbation progressive des phénomènes. Tous les huit jours, puis de plus en plus fréquemment, la malade avait et ses douleurs et ses pituites hémorrhagiques.

Depuis trois ans, les phénomènes sont devenus quotidiens ; il ne s'est pas passé une seule journée sans que la malade n'ait souffert et sans qu'elle ait une pituite.

Elle entre à Andral le 15 décembre 1902. Elle est de suite mise dans une petite chambre, avec menace de n'en sortir que lorsqu'elle ne vomira plus et qu'elle s'alimentera davantage. De plus, il lui sera interdit d'avoir des visites.

On prescrit deux litres et demi de lait au début, puis les jours suivants on lui donne des potages, des œufs. On lui fait prendre un peu de bicarbonate de soude.

Pendant quelques jours les pituites ont été très abondantes ; mais petit à petit l'alimentation a été mieux supportée. Les pituites se sont encore renouvelées de temps en temps. Cinq semaines après la malade ne vomissait plus, mais avait encore des digestions douloureuses.

Observation III

(Service de M. Mathieu.)

Mme S..., 34 ans, domestique, janvier 1900.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, bien portants.

Cinq frères et sœurs bien portants.

Rien à signaler au point de vue nerveux dans ses antécédents.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans son enfance.

Réglée à 15 ans. Elle aurait eu de l'anémie.

Trois grossesses : la 1re à 18 ans, enfant bien portant.

2e à 24 ans, fausse-couche de 3 mois.

3e à 26 ans. — de 6 mois 1/2.

Pas de spécificité.

Avant de souffrir de l'estomac, la malade avait pris beaucoup

de préparations ferrugineuses et du quinquina. Pas d'éthylisme.

La malade dit être nerveuse, pleure facilement, mais elle n'a jamais eu de crises de nerfs.

La malade a commencé à souffrir de l'estomac à l'âge de 19 ans, aussitôt après sa première grossesse ; douleur provoquée, dit-elle, par des chagrins. Ces phénomènes dyspeptiques se présentent de la façon suivante, et cela depuis trois ans. Le matin, aussitôt levée, elle éprouvait des tiraillements, des crampes très pénibles au niveau de la région épigastrique, accompagnées d'une sensation de faim. La malade prenait alors du café au lait. L'ingestion alimentaire faisait disparaître ces phénomènes ; mais bientôt après les crampes réapparaissaient. Le plus souvent la malade restait jusqu'au déjeuner sans rien prendre. Au déjeuner mêmes crampes, malgré un très vif appétit.

En sortant de table nullement rassasiée, elle commençait à éprouver des tiraillements. Ceux-ci persistaient dans la journée. Le soir, même appétit, mais aussi les mêmes douleurs. Les nuits étaient bonnes.

Ces phénomènes persistèrent pendant trois ans et pendant cette période la malade ne passa pas un seul jour sans que ces troubles ne se reproduisirent très exactement. Pendant cette époque la malade pouvait continuer son service assez pénible sans aucune fatigue. Cependant, dit elle, elle aurait maigri d'une façon notable. Elle n'avait jamais vomi, mais elle était un peu constipée.

Au bout de trois ans cette boulimie aurait disparu presque subitement. La malade raconte qu'à ce moment elle aurait eu, sans cause appréciable, une indigestion, aurait vomi des aliments à deux ou trois reprises, elle aurait eu de la diarrhée pendant 48 heures. La malade prit alors le lit pendant quinze jours et immédiatement les crampes et la sensation de faim disparurent complètement. Quand elle se releva, la malade n'avait aucune sensation pénible du côté de l'estomac.

Jusqu'il y a deux ans, au mois de novembre 1898, la malade fut presque complètement exempte de troubles digestifs. Au moment des règles, cependant, elle avait, le matin à jeun, des crampes gastriques ; la journée elle était très bien.

Au mois de novembre 1898, la malade ayant eu peu de temps auparavant des ennuis, fut reprise des mêmes symptômes, mais avec des crampes qui se révélaient surtout la nuit.

Pendant trois semaines même faim douloureuse, mais elle n'éprouvait aucun soulagement dans l'ingestion. La malade mise au régime lacté, les phénomènes disparurent, l'appétit redevint normal. Jusqu'au milieu de novembre 1899, l'état de la malade s'était maintenu bon.

Mais au mois de décembre, la malade éprouva des phénomènes tout à fait différents des précédents (malaise général, courbature, céphalée, perte de l'appétit), elle s'alite 8 jours. C'est alors qu'apparurent de nouveau les troubles digestifs.

Le matin à jeun, la malade eut pendant 3 à 4 jours de suite des vomissements pituiteux. Ceux-ci survenaient dès qu'elle se levait. Ils étaient caractérisés par le rejet sans grand effort d'une certaine quantité (1 verre environ) d'un liquide filant sans saveur. Et presque aussitôt après, elle rejetait, et cette fois avec effort, une petite quantité d'un liquide teinté en jaune.

Ces vomissements survenaient exclusivement le matin. Le reste de la journée la malade ne rendait pas, mais elle raconte qu'à chaque instant, elle avait la bouche remplie d'un liquide de saveur légèrement salée ; il était clair et très fluide. Elle ne ressentait aucune douleur dans la région épigastrique, aucune brûlure derrière le sternum. L'appétit était un peu diminué. La malade entre à l'hôpital pour guérir ce trouble qui la gêne, lui procure une sensation désagréable puisqu'il l'oblige à cracher sans cesse.

Examen. — Malade un peu pâle, un peu amaigrie. Paroi abdominale flasque. Intestin souple, foie ne débordant pas les fausses côtes, matité de 7 à 8 centimètres de haut. Région épigastrique pas douloureuse à la pression. Point épigastrique

marqué. Ni anesthésie ni hypoesthésie à la piqûre au creux de l'estomac. Espace de Traube sonore. Pas de clapotage

Rien dans les autres organes.

Aucun stigmate nerveux.

Céphalée. Rachialgie. Fatigue matinale.

Pas de stigmates de dégénérescence.

Au début de son séjour à l'hôpital, on lui fait les prescriptions suivantes : alimentation composée de laitage, œufs, belladone, eau bromoformée.

Les troubles persistent et sont même exagérés sous l'influence d'une émotion causée par le délire d'une malade ; on met alors la malade dans une chambre, absolument isolée. On augmente l'alimentation ; la pituite au début s'exagère surtout si l'alimentation est solide, les digestions sont douloureuses. Mais au bout de quelques jours la pituite disparaît et cet état se maintient 8 jours ; le malade quitte l'hôpital.

L'examen du suc gastrique prélevé après repas d'Ewald avait donné :

Examen quantitatif.	Acidité totale	= 2.735
	T	= 350
	H	= 88
	C	= 131
	H + C	= 219
	F	= 131
Examen qualitatif.	Gunsbourg	= nette
	Acide lact.	= 0
	Peptones	= + 2

En somme, légère hyperchlorhydrie.

Le 22 mars 1900, en revenant du Vésinet, on trouve la malade ayant engraissé, et n'ayant plus aucune pituite.

B. — C'est peut-être dans les affections gastriques proprement dites où l'on trouve le plus de troubles nerveux,

purement pyschiques, à ce point même que de nombreux auteurs et en particulier MM. Mathieu et Roux ont décrit ces troubles névropathiques sous l'épithète générale de l'hystérie gastrique, neurasthénie gastrique, et c'est dans leur cadre qu'ils ont fait entrer la gastralgie et l'hyperesthésie gastrique hystérique, les vomissements et les hématémèses hystériques, l'anorexie et l'acrophagie nerveuses, l'atonie gastrique neurasthénique et comme résultat l'inanition d'origine nerveuse.

Nous ne pensons pas qu'il faille cataloguer tous ces troubles dans la grande classe des hystériques ou des neurasthéniques purs, car nous les rencontrons aussi chez des malades psychiquement atteints, chez de simples névrosés. Quoi qu'il en soit, tous ces symptômes sont susceptibles d'être traités de la même façon : psychothérapie et isolement seront la base fondamentale de ce traitement.

En pathologie gastrique, l'élément dominateur, la raison principale du symptôme douleur, c'est l'état névropathique général. C'est à cette notion capitale que nous amène l'observation clinique.

L'état nerveux et tout particulièrement l'état psychopathique du sujet est le facteur principal qu'il faut invoquer pour expliquer les oscillations des douleurs qu'il ressent. Il n'est donc pas douteux que c'est surtout à améliorer l'état névropathique des dyspeptiques que devra s'appliquer le thérapeute pour soulager les souffrances de l'estomac et le traitement local n'aura, dans beaucoup de cas, d'effets que s'il est aidé par un traitement général antinévropathique.

Prenons, par exemple, la *gastralgie*. Ce syndrôme, au

dire de M. le docteur Mathieu, a le plus souvent une cause organique ; les malades sont des gastriques avant d'être des névropathes. La plupart des neurologistes ont soutenu jusqu'à présent une opinion opposée. Ils appuient leur opinion sur l'étiologie des accidents. Les causes morales ne font-elles pas, en effet, apparaître parfois des accès gastralgiques? Pour eux donc, c'est l'inversion de la formule : ce sont primitivement des névropathes et secondairement des gastriques.

Quoi qu'il en soit, il arrive un moment où les deux états se superposent et il est difficile de faire la part de ce qui est névrose, de ce qui est gastropathie vraie. La meilleure preuve de sa nature et de son origine ce sera d'éliminer au préalable, par une thérapeutique simple, le côté inorganique.

On isole son malade, on le raisonne, on continue pendant quelques jours son régime ordinaire, on peut à la rigueur y ajouter de la psychothérapie par des médicaments anodins (mica panis, Taraxacum, pilules de bleu...). Si la gastralgie est primitive, idiopathique, le trouble doit disparaître ; si elle est symptomatique, la lésion se révélera dans sa pureté, débarrassée dans sa symptomatologie des phénomènes nerveux surajoutés. On ne peut alors plus rien attendre de l'isolement et de la psychothérapie, seule la thérapeutique gastrique pure avec ses médicaments et ses régimes peut en avoir raison.

Cette gastralgie primitive, dite nerveuse, non traitée peut avoir des conséquences fâcheuses. Pour ne pas souffrir, pour ne pas réveiller par l'alimentation des paroxysmes douloureux, le malade diminue cette alimentation, la sup-

prime même. Il perd la notion d'appétit, de faim, il maigrit, et il maigrit aussi bien de son tissu adipeux général que de ses organes viscéraux. S'inanitiant, il va ajouter à sa douleur gastrique inorganique une douleur, cette fois, bien organique, celle d'un viscère qui souffre, qui dépérit, qui réclame. A une période plus éloignée, veut-il alors reprendre son alimentation ? L'organe n'est plus habitué, entraîné à la supporter, il va en être incommodé, nouvelle cause de douleurs. Le malade se trouve pris entre deux alternatives : souffrir parce qu'il mange, souffrir parce qu'il ne mange pas.

Dans l'une et l'autre des situations, le malade ne peut que tirer un grand profit de l'isolement. Tant que le malade qui refuse de manger parce qu'il n'a pas faim ou qu'il souffre de l'estomac, reste dans sa famille, les conseils du médecin lui sont pour ainsi dire inutiles, car, aidé de ses parents, il ne tient aucun compte des avis et des prescriptions qui lui sont faites. Cet isolement doit être complet sans permettre l'approche d'aucune personne qui lui soit familière. Il est nécessaire qu'il se sente seul. Alors, en général, il écoute fort bien les conseils qui lui sont donnés et très rapidement le médecin triomphe de son obstination.

Tous les anorexiques ne bénéficient pas également de cette cure par l'isolement ; les anorexies d'origine psychique, celle que Huchard appelle si justement « l'anorexie mentale », en tire, dans la plus grande majorité des cas, un réel profit.

Nous en publions quelques observations très démonstratives.

Observation IV

(Service de M. Mathieu).

Anorexie et vomissements nerveux. Stase gastrique légère. Guérison par isolement, puis rechute. Nouvel isolement, amélioration.

Mme V..., Justine, 21 ans, parfumeuse, janvier 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'accident.

Mère rhumatisante.

Antécédents personnels. — Varicelle dans l'enfance, ophtalmie purulente secondaire.

Réglée à 14 ans, règles normales.

Souffre de l'estomac depuis quatre ans.

Douleur vive à faire crier, siégeant à l'épigastre, irradiant vers la base du thorax, survenant deux à trois heures après le repas ou quelquefois au milieu du repas même.

Certains jours elle se manifeste le matin à jeun.

La nuit elle ne souffre pas.

Pas de vomissements à cette époque. Beaucoup de renvois aigres et non en série, survenant une heure environ après le repas.

Régime alimentaire normal à cette époque. Selles régulières.

L'année dernière, les symptômes douloureux persistent. La malade est très anémique et commence vers le mois d'août à vomir des aliments immédiatement après le repas, ce qui la soulage. Jamais d'hématémèses.

Après un traitement consistant surtout en une potion de Rivière, sans modifier le régime, les vomissements s'atténuent pour cesser en septembre. La malade se porte bien jusqu'en décembre.

1905. Il y a six semaines, reprise des vomissements immé-

diatement après le repas, quelque alimentation qu'elle tente. Ces vomissements n'ont laissé à la malade que deux ou trois jours de répit depuis. Elle en a eu même à jeun. C'est une eau jaunâtre, acide, peu abondante.

Après le repas ils sont alimentaires, faciles, sans effort, et font cesser la pesanteur épigastrique.

Selles rares, ne sont provoquées que par des lavements.

Urine rare, foncée, demi-litre environ par vingt-quatre heures.

A son arrivée à l'hôpital, mise au régime lacté, elle ne veut même pas le prendre, car dès qu'il est absorbé, il est rejeté de suite. Malgré une potion d'eau chloroformée, elle vomit toujours. On lui donne alors des lavements alimentaires. En février on tente quelques lavages gastriques, on ramène à jeun un peu de liquide de stase. Enfin on use du tubo-gavage avec trois quarts de litre et de la poudre de viande.

Examen. — Poids : 37 kilogrammes.

Estomac : Clapotage à jeun, bruit de flot. Ne dépasse pas l'ombilic.
Foie : Matité réduite.
Abdomen : Souple, non douloureux.
Sensibilité générale : intacte.
Anesthésie pharyngée.
Réflexes normaux.

Pour avoir plus de prise sur la malade, on l'isole, on lui fait garder le lit, elle ne doit voir personne et on ne lui promet de retourner dans la salle commune que lorsqu'elle ne vomira plus et consentira à mieux s'alimenter.

On lui continue ses gavages, on lui fait un peu d'électrisation de son estomac. A partir du 4 février, ces gavages sont mieux supportés, les vomissements s'espacent ainsi que les douleurs. Les 6, 7 février, pas de vomissements. Le 10 février, régime végétarien qui est toléré. Le 15 février, régime plus substantiel, sans vomissements.

La malade quitte l'hôpital à la fin de février tout à fait bien portante. Plus de liquide de stase à jeun, plus de vomissements, l'appétit est revenu.

La courbe du poids se présentait ainsi :

Le 31 janvier 1905	:	36 kilogrammes.
Le 7 février 1905	:	36 kgr. 300.
— 10 —	:	37 kilogrammes.
— 13 —	:	38 —
— 16 —	:	39 kgr. 500.
— 18 —	:	40 kilogrammes.

Sortie le 18 février dernier, la malade jusqu'alors bien portante rentre le 28 mai, parce que ses vomissements reparaissent.

Du 18 février au 23 avril, elle a vécu à la campagne, sans travailler ; elle n'observe aucun phénomène morbide sauf quelques régurgitations qui surviennent tous les jours après le repas, mais elle réussit à déglutir le liquide qui lui monte à la bouche.

Son poids, qui était de 40 kilogrammes à sa sortie de l'hôpital, augmente progressivement pour atteindre 48 kilogrammes au commencement d'avril.

Le 23 avril la malade rentre à Paris, reprend son travail ; au bout de quatre à cinq jours les régurgitations qui ne la gênaient pas trop augmentent d'intensité et de fréquence. Elle continue bien de s'alimenter, mais elle a un profond dégoût pour toute alimentation ; ses forces diminuent progressivement ; elle revient à Andral.

Etat actuel. — La malade éprouve une heure après les repas des douleurs d'intensité moyenne qui consistent en piqûres, brûlures, au niveau de la région épigastrique et disparaissent au bout d'une heure pour réapparaître quelquefois, mais rarement avant le repas. Elle vomit et ces vomissements sont faciles, ce sont plutôt de fortes régurgitations.

Le 28 mai, dans l'après-midi, après avoir pris du lait elle le

vomit au fur et à mesure qu'elle le prend et on constate dans le liquide vomi quelques traînées sanguinolentes.

Selles régulières.

L'état général est assez bon, mais la malade sent qu'elle a perdu ses forces. Elle pèse actuellement 42 kilogrammes.

Examen. — Bruit de clapotage le matin bien que la malade n'ait rien pris depuis la veille. L'estomac ne semble pas atteindre l'ombilic. Sensibilité diffuse de toute la face antérieure de l'estomac avec point épigastrique marqué.

Le 3 juin. La malade a de nouveau été isolée et dès cette époque elle n'a plus de vomissements.

L'examen du sang avait donné : 4.430.000 globules rouges.

L'examen de l'urine avait montré un excès de phosphates sans albumine ni sucre.

Au bout de quelques jours la malade était bien et le 7 juin elle quittait l'hôpital.

Observation V

(Service de M. Mathieu.)

Anorexie nerveuse. Vomissements. Amélioration par l'isolement.

Mme Arl..., 17 ans, journalière, 2 mai 1905.

Entre à l'hôpital parce qu'elle vomit et souffre de l'estomac.

Antécédents héréditaires. — Mère sujette aux migraines, morte tuberculeuse à 39 ans ; le père bien portant ; un frère tuberculeux ayant des abcès froids ; une sœur bien portante ; quatre frères morts ou du croup ou de bronchite.

Antécédents personnels. — La malade a eu mal aux yeux pendant son enfance ; à 10 ans ictère paraissant secondaire à une peur.

Fait un métier fatiguant, elle s'est bien nourrie mais mâche

mal. Réglée pour la première fois l'an dernier au mois de juin pendant six jours d'une façon abondante. A revu ses règles en juillet puis elles se sont interrompues pour reparaître seulement en février avec les mêmes caractères : elle a présenté en même temps une éruption de petits boutons rouges. (Rougeole ?).

La malade, qui tousse rarement sans crachat et qui n'est pas sujette aux rhumes, a eu il y a trois ans vers deux heures de l'après-midi une hémoptysie ou un vomissement ? C'était du sang rouge clair avec des caillots. Pendant deux mois ces crachements de sang se sont reproduits avec les mêmes caractères. Elle a maigri et perdu l'appétit.

Un peu avant le moment où elle a eu ces hémoptysies la malade à l'occasion de la mort de sa mère, s'est mise à souffrir de l'estomac. Ces douleurs consistaient en une pesanteur au niveau de l'estomac survenant une heure à une heure et demi après le repas, durant parfois tout l'après-midi et calmées par un vomissement. En se levant la malade se sentait souvent mal à l'aise, avec sensation de faiblesse et douleur au niveau de l'estomac.

Jamais il n'y a eu de vomissements après le repas du soir. Ils se faisaient sans effort en plusieurs fois (3 ou 4). La malade prétend qu'elle essayait de se retenir sans y arriver.

Ces vomissements contenaient de la bile et les aliments pris au repas. Depuis trois ans ces vomissements se seraient répétés presque sans interruption.

Dans les premiers temps de la maladie, elle rendait tout ce qu'elle prenait, mais elle mangeait avec appétit et en abondance. Depuis un an environ elle a cessé d'avoir faim, elle se forçait pour manger. Depuis lors elle s'est nourrie de soupe, un peu de lait, quelques œufs, très rarement de la viande ou des légumes. En somme, alimentation très insuffisante.

Les selles sont régulières.

Examen. — La malade ne paraît pas amaigrie ; le teint est frais.

A l'inspection on remarque une scoliose vertébrale assez nette avec saillie des côtes à droite.

Poumons, cœur : rien.

Estomac : Espace semi-lunaire normal, bruit de froissement au creux épigastrique.

Intestin : cœcum contracté.

Corde colique descendante.

Foie : petit, 6 à 7 centimètres de haut.

Pas de reins gros ni déplacés, mais albuminurie légère.

La malade est isolée, mise au régime lacté absolu avec deux litres et demi à trois litres. Les premiers jours elle se plaint de digérer difficilement, mais on maintient la quantité de lait. Elle se plaint de ne pouvoir dormir.

Au bout de quelques jours le mieux se fait sentir, digestion plus facile, plus de vomissements ni de douleurs gastriques, mais en revanche l'albuminurie a augmenté (1 gr. par litre) ; elle présente alors des signes de Brightisme (céphalée, épistaxis, crampes). Elle est remise dans la salle commune.

Observation VI

(Service de M. Mathieu.)

Anorexie nerveuse. Isolement. Guérison.

Mme Pot..., 32 ans. Ménagère, avril 1905.

La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre de l'estomac et ne peut plus manger.

Antécédents héréditaires. — Père nerveux.

Mère très nerveuse, morte d'infection puerpérale.

Deux frères morts tuberculeux, les autres bien portants.

A un enfant bien portant.

Réglée à 14 ans normalement.

Pas de fausse couche.

Bien portante jusqu'à l'âge de 24 ans.

A cette époque grossesse et commencement des douleurs de l'estomac à l'occasion du traitement pour chasser un tænia.

Depuis 8 ans souffre de l'estomac.

Le matin, au début de la maladie, elle était tranquille jusqu'à midi.

Déjeunait de bon appétit, mais 1 heure après elle éprouvait une douleur épigastrique avec sensation de ballonnement. Cette douleur retentissait dans la région interscapulaire. C'était une douleur légère, très supportable durant 1 heure qui se calmait la plupart du temps par des ingestions de camomille chaude.

Dans la journée elle ne souffrait pas, mais éprouvait une sensation de lassitude générale.

Le soir elle éprouvait après le repas les mêmes douleurs. Jamais elle n'a vomi, elle n'a jamais eu de renvois. Ces douleurs survenaient surtout dans la quinzaine qui suivait la date de ses règles.

Elle n'est pas constipée. Elle dort bien, mais elle est très nerveuse, irritable.

Depuis 6 mois les douleurs ont augmenté ; elle souffre au réveil, éprouve le phénomène de la faim douloureuse.

Ce trouble disparaît dès qu'elle a mangé.

Après le repas (1/4 d'heure environ), elle se met à bâiller, la douleur reparaît, et après une durée de 1 heure laisse la malade fatiguée, abattue.

Les nuits sont mauvaises, le sommeil étant troublé par des cauchemars.

Elle devient très nerveuse, très émotive, très irritable.

Depuis 2 mois la malade a complètement perdu l'appétit ; elle a un profond dégoût surtout pour la viande et les graisses. Elle supprime des repas et se force à manger : c'est à peine si elle prend par jour 1 sou de pain. 1 œuf, 2 soupes aux légumes, un peu de bouillon. Aussi a-t-elle maigri de 10 livres en ces 2 mois.

Examen. — Estomac non dilaté.
Espace de Traube sonore.
Point épigastrique douloureux.
Foie de 6 centimètres.
Intestin normal.

Traitement. — Elle est placée dans une petite chambre, on lui fait prendre au début du lait, 2 litres et demi en potages ou nature, 2 œufs. On lui fait prendre un peu d'eau chloroformée après le repas ; on veille à ce qu'elle prenne bien cette alimentation. Au bout de 15 jours elle était mise au régime normal (n° 2) et quittait l'hôpital (9 avril), ne présentant plus que quelques troubles espacés, du côté de son estomac.

Comme on peut le voir dans les observations que nous publions, le vomissement est presque toujours un phénomène connexe de l'anorexie dite nerveuse. Le malade ne mange pas parce qu'il n'a pas d'appétit, et parce qu'il se force il vomit. D'autres fois il provoque ce vomissement pour mettre fin à la douleur engendrée par l'ingestion alimentaire.

Chez d'autres malades, le vomissement est l'unique symptôme ; le sujet a faim, il ne souffre pas de son estomac, mais il vomit. Encore ici, le vomissement est souvent de cause organique et plus particulièrement le résultat d'une obstruction pylorique, dans certains cas il n'est que symptomatique d'une névrose et d'une hystérie. Quand il est l'unique symptôme, son diagnostic est parfois difficile ; l'isolement, la méthode psychothérapique sont alors d'un précieux secours. Combien de femmes enceintes, de convalescentes d'infections (fièvre typhoïde par exemple) tireraient grand profit de cette cure, alors que toute thérapeutique reste inefficace !

Observation VII

(Service de M. Mathieu.)

Vomissements incoercibles. Isolement. Guérison.

Mlle Duc..., 17 ans, couturière, octobre 1904.

Entre à l'hôpital Andral, parce qu'elle vomit et ne mange pas.

Au mois d'avril dernier, à la suite d'incidents intimes, la malade a commencé à ne plus manger. D'avril à août la malade prenait un à deux œufs par jour sans pain, du thé, quelques gâteaux secs pour toute alimentation. Au mois d'août, elle commence à souffrir de l'estomac sans observer un rapport fixe entre l'horaire des douleurs et celui des repas.

Depuis le mois d'avril déjà elle maigrissait. Dans le mois d'août, elle suspend toute alimentation, ne prenant que de l'eau et cela pendant quinze jours. Dès qu'elle prend autre chose, elle vomit.

La malade a eu ses dernières règles le 7 août, elles ont duré huit jours. De plus elle est très constipée.

Au commencement de septembre, la malade ne voyant pas venir ses règles, commence à s'inquiéter ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre.

Pendant le mois de septembre, les phénomènes précédents (anorexie, amaigrissement, constipation), continuent ; il s'y joint de l'insomnie et des névralgies au niveau de l'œil droit.

Le 1er octobre, elle vient à Andral. On note du spasme douloureux du côlon et de l'S iliaque. On relève certains stigmates de nervosisme. Le point épigastrique est très sensible. Rien du côté des autres viscères, on ne trouve pas de grossesse.

Le 8 octobre, elle entre dans le service. Elle maigrit encore bien qu'elle commence à prendre des potages au lait, puis elle

reprend du poids, ses vomissements ayant complètement disparu.

Elle quitte l'hôpital le 4 novembre ; rentrée chez elle, elle s'alimente avec des viandes rôties et des pâtes.

Le 11 novembre, elle vient à la consultation ; les vomissements ont recommencé ; ils se produisent aussitôt après le repas, sont précédés de striction à la gorge, d'efforts, de douleurs qui disparaissent après le vomissement.

On isole la malade une deuxième fois, on lui fait prendre du Taraxacum. On supprime le régime carné pour la mettre aux potages au lait.

Au début, les vomissements se répètent à la moindre tentative d'alimentation, mais au bout de quelques jours, elle est mieux tolérée, surtout avec le régime lacté absolu, sans potages. On lui fait en plus deux séances journalières de courants faradiques. C'était le 21 novembre.

Le 11 décembre, l'état s'améliore ; le 22 décembre, elle ne vomit plus et se réalimente. Le 28 décembre, petite rechute et enfin le 13 janvier elle quitte l'hôpital complètement guérie.

Observation VIII

(Service de M. Mathieu).

Vomissements nerveux. Isolement.

Mme Augustine Qui..., 20 ans. Domestique.

Antécédents héréditaires. — Mère morte en 1894, à l'âge de 40 ans, probablement d'infection puerpérale. Père âgé de 60 ans, bien portant, deux sœurs plus jeunes bien portantes, une sœur morte à l'âge de 2 ans.

Antécédents personnels. — Vomissements depuis 1894. La malade était alors placée comme domestique dans une maison

bourgeoise. Mauvaise alimentation, de plus insuffisante. Au bout de quelque temps apparurent les premiers vomissements. Ils surviennent tous les jours et plusieurs fois par jour à n'importe quelle heure de la journée. Ils sont alimentaires. La malade ne se soigne pas. Cet état dure 7 ans. Elle mène une existence très pénible, soumise à des travaux excessifs et est brutalisée.

1901. A cette date des personnes qui s'intéressent à elle la prennent comme domestique. Elle a encore beaucoup de travail, mais elle est mieux nourrie. Malgré ce changement, les vomissements persistent mais moins fréquents ; la santé reste en apparence bonne, elle prétend ne pas avoir maigri. Elle ne se souvient pas d'autre chose, si ce n'est d'étouffements survenant après le repas et persistant pendant une ou deux heures, de maux de tête survenant également après le repas.

La malade se déclare un peu nerveuse à cette époque. Crises de larmes, idées noires, insomnie, à l'occasion d'une émotion, sensation d'étouffement et de « quelque chose qui remonte à la gorge ». Jamais de crises de nerfs.

La malade est réglée en 1903 à 18 ans.

Mai 1904. Elle vient à Paris comme domestique. Elle est de nouveau soumise à des fatigues et à un régime alimentaire insuffisant : la malade souffre de la faim, elle est obligée de s'acheter du pain. Les vomissements continuent, quotidiens, quatre fois par jour, alimentaires. Ils étaient accompagnés de maux de tête violents.

1905. Au commencement de l'année, nouveau changement. Beaucoup de travail (de 5 heures du matin à 10 heures du soir), mais bonne nourriture. Les vomissements continuent ; la malade est envoyée à Rueil pour se reposer pendant quelque temps ; elle est soignée avec de l'eau chloroformée et de l'eau oxygénée, mais cela sans résultat. Au bout d'un mois de repos complet, la malade retourne chez ses patrons et reprend son travail.

La malade vient à la consultation d'Andral il y a 15 jours.

Soumise à l'observation pendant plusieurs jours, et les vomissements persistant, elle entre à l'hôpital.

Etat actuel (27 mai 1905).

Poids : 43 kilogrammes.

Facies normal. Pas d'amaigrissement apparent. Teint coloré. On note du côté gauche un ptosis assez accentué, dont la date d'apparition n'a pu être précisée par la malade.

Aucune trace de lésions spécifiques ni bacillaires. Pas de stigmates de dégénérescence.

Examen. — Langue saburrale, goût amer dans la bouche.

Estomac. — La malade en souffre rarement, s'en plaint surtout le matin à jeun, sensation comparable à une piqûre, à des picotements. Elle s'accompagne quelquefois de brûlures rétro sternales et se terminent au bout d'une demi-heure sans vomissement.

Si l'on fait boire la malade, elle avale en se plaignant d'une gêne à la partie moyenne de l'œsophage.

Hier (28 mai), la malade a vomi très fréquemment. C'est un liquide pituiteux clair, contenant du lait caillé. Ces vomissements ont lieu sans effort, suivis de renvois en série. Constipation.

On trouve: l'*estomac* ne paraît pas descendre au-dessous de l'ombilic. La face antérieure est légèrement sensible à la pression.

Foie. — Matité de 6 centimètres, non douloureux.

Rien au cœur ni aux poumons.

Système nerveux. — Céphalées fréquentes, surtout le soir.

Au niveau des membres inférieurs, légère hyperesthésie du côté gauche, de même au niveau du tronc.

Pas de sensibilité ovarienne. Point épigastrique douloureux et donnant une sensation d'étouffement à la pression.

Réflexes: Diminution de la sensibilité plantaire. Réflexes rotuliens normaux.

Réflexe pharyngé supprimé.

Champ visuel rétréci.

Acuité visuelle diminuée à gauche.

Le 5 juin, la malade est isolée ; régime lacté, œufs, légumes, codéine. Dès le premier jour les vomissements ont disparu, mais elle a quelques régurgitations qu'elle évite.

Le 26 juin, depuis trois jours, elle était au régime normal. La malade quitte l'hôpital guérie.

Observation IX.

(Service de M. Mathieu.)

Vomissements névropathiques. Isolement.

Mme Has..., 20 ans, domestique, 8 mars 1906.

Antécédents héréditaires.— Mère morte de cancer d'estomac. Père bien portant. Sœur morte l'année dernière de tuberculose pulmonaire. A encore deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels.— Fréquemment malade dans son enfance et dans la jeunesse. Abcès tuberculeux à l'âge de 5 ans. A 8 ans, paraît-il, quelques accidents dyspeptiques de nature mal définie.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement et très abondamment ; malade très affaiblie par ces pertes. A partir de cette époque, elle a eu de fréquentes crises de larmes.

Il y a deux ans, ablation des amygdales et apparition des troubles dyspeptiques : malaise après le repas, bouffées de chaleur, maux de tête, pesanteur épigastrique. Peu à peu apparition des vomissements alimentaires, deux et trois heures après le repas. A partir de cette époque la douleur a été en augmentant, comparable actuellement à une sensation de torsion. Elle survient une heure après l'ingestion et est bientôt suivie de vomissements bilieux. Ces vomissements atténuent la douleur et lorsque l'estomac est complètement vide, la malade ne souffre

plus. Elle a maigri de 4 kilogrammes en un mois. Dort peu ou alors a des cauchemars, ou encore se trouve réveillée par une crise gastrique douloureuse.

Examen. — Matité hépatique très restreinte (1 doigt de matité absolue).

Grosse tubérosité gastrique très tympanique.

Sensibilité diffuse de tout le ventre, avec maximum au niveau de l'estomac ; léger bruit de froissement humide épigastrique. Point épigastrique sensible. Pas de stigmates.

10 mars. La malade ne veut pas s'alimenter, elle ne prend qu'un litre de lait par jour, elle prend de la codéine et n'a pas vomi.

12 mars. Même état, même obstination à ne pas s'alimenter, les vomissements l'effrayent.

13 mars. On met la malade dans une petite chambre. La surveillante est chargée de faire prendre à la malade deux litres et demi de lait. Elle vomit dans la soirée.

15 mars. Il a été impossible de lui faire prendre même une tasse de lait. On la menace de lui passer la sonde et de la gaver. Elle continue à maigrir.

18 mars. La malade a cédé et a pris tout son lait. Elle a peu vomi.

19 mars. On augmente l'alimentation (lait, potage, œufs). Pas de vomissement.

21 mars. Amélioration de l'état général.

28 mars. La malade retourne dans la salle commune ; elle ne vomit plus, mais se plaint d'avoir des sensations de pesanteur épigastrique. A la palpation, on constate un spasme du côlon transverse, une corde colique descendante, une induration grosse comme une noisette qui disparaît et revient. La palpation réveille une douleur diffuse de la face antérieure de l'estomac avec irradiation dans les fosses iliaques.

2 avril. Corde colique gauche encore perceptible, on ne sent plus l'induration.

25 avril. La malade se plaint de douleurs vagues à l'épigastre.

26 avril. La malade vomit de nouveau. On l'isole une deuxième fois.

28 avril. Les vomissements ont cessé.

Du 30 avril au 3 mai. Plus de vomissements, mais sensibilité persistante à l'épigastre. On prescrit de la codéine.

5 mai. Mieux.

9 mai. La malade s'alimente convenablement, ne souffre pas, ne vomit plus.

Observation X

Hystéro-traumatisme. Dyspepsie nerveuse, hématémèse probablement de même nature. Amélioration par l'isolement. Sortie, puis rechute et rentrée à l'hôpital Andral.

Mme D..., 39 ans, cuisinière. Février 1905.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 71 ans, cardiaque. Mère : Bien portante.

Une sœur éthylique, deux sœurs mortes subitement, l'une à 23 ans, l'autre à 42 ans, quatre autres sœurs bien portantes.

Il est à remarquer que les enfants, ainsi que les parents sont tous des obèses et d'une taille au-dessus de la moyenne.

Antécédents personnels. — Jamais de maladies dans l'enfance. Dès l'âge de 15 ans, elle pesait 90 kilogrammes, à 30 ans 111 kilogrammes.

Deux grossesses : Un garçon mort de méningite en bas âge. Une fille bien portante, très forte.

Il y a sept ans, la malade a eu une jambe brisée à la suite d'une chute dans un escalier. Six mois après, elle souffrait en-

core de sa fracture. Son mari meurt, elle quitte sa profession de débitante. Ces revers ont ébranlé sa santé. Elle a des douleurs lombaires persistantes ; elle perd la mémoire, a des troubles de la parole. Sans sommeil, inquiète, nerveuse, elle est sujette à des rêves ou cauchemars pénibles.

Un rien l'émeut, l'inquiète et cependant elle n'a ni crises de larmes ni de véritables crises de nerfs.

Elle entre comme cuisinière dans un restaurant. Au cours de ces deux professions elle a su rester sobre. Elle mange peu.

Le 23 décembre 1905, deuxième chute en descendant d'un tramway. Elle a eu une vive frayeur, perd connaissance. Emportée dans une pharmacie, elle vomit (du sang, a-t-elle entendu dire). Conduite à l'Hôtel-Dieu, au moment d'aller à la selle, elle a une syncope et rend dans la journée une selle noire, fétide et peu abondante.

Elle commence à étouffer. Ce sont des crises pendant lesquelles il lui semble avoir une contraction du thorax et de la gorge. De plus, elle vomit le lait avec lequel elle s'alimente et rend aussi de l'eau claire avec quelques filets de sang. A ce moment aussi, elle ne peut uriner, on est obligé de la sonder régulièrement. Elle quitte sur sa demande l'Hôtel-Dieu. Chez elle, elle continue à vomir, mais peut uriner, mais avec peine. Elle a des selles rares et pénibles. Ses syncopes deviennent de plus en plus fréquentes. On l'amène à Saint-Louis et de là à Andral.

A son entrée, elle se plaint d'étourdissements, de sueurs froides qui précèdent la syncope. Celle-ci, se répète plusieurs fois par jour.

Douleurs abdominales diffuses avec point épigastrique, suivies de sensations d'étouffement avec constriction de la gorge, le tout cessant à la suite du rejet d'eau claire non acide.

Elle urine avec difficulté et on est obligé de la sonder pendant deux jours. Selles rares, pénibles, arrachant des cris à la malade. Ténesme rectal marqué. Sommeil rare et agité : cauchemars avec angoisse. Etat nerveux marqué.

Examen. — *Marche normale* en dehors des états vertigineux, elle est obligée de s'asseoir et de se coucher pour éviter la chute. Mouvements volontaires bien coordonnés.

Sensibilité : tactile conservée, mais hémi-anesthésie droite à la figure ; thermo-analgésie peu marquée.

Œil : Réflexe papillaire conservé. Rétrécissement du champ visuel à gauche. Hémianopsie gauche.

Réflexes :

Pharyngien conservé ;

Rotulien conservé ;

Achilléen conservé.

Abdomen : Sensibilité diffuse de l'abdomen. Point épigastrique net.

Foie normal.

Poumons, rien, cœur, rien.

Mise à l'isolement et à la codéine, elle continue à vomir les premiers jours. On lui augmente le régime alimentaire.

Petit à petit les troubles s'amendent. Elle sort à la fin de février tout à fait guérie de sa dyspepsie, mais les troubles nerveux persistent encore.

La malade revient dans le service en mai 1905. Reprise des mêmes phénomènes, c'est-à-dire étourdissements, douleur épigastrique, sensation d'étouffement, tous ces symptômes encore plus marqués qu'autrefois.

Hypoesthésie seulement du côté droit avec zone hystérogène au niveau de l'épigastre. Hemianopsie gauche. Même tenesme rectal.

Depuis qu'elle est ici, elle a déja eu deux crises, une la nuit du 23 au 24. Pendant la crise, la malade se sent étourdie (5 minutes), puis il lui semble qu'elle revient à elle, mais alors elle éprouve une sensation d'étouffement qui persiste pendant une heure environ, s'accompagne de renvois (10 à 12) qui se succèdent à intervalles éloignés. Sur quatre crises, deux se sont terminées par des vomissements pituiteux (la valeur d'un verre

à bordeaux) et brûlants qui soulagent beaucoup la malade.

En dehors des crises la malade se plaint d'insomnie ou de cauchemars. Dans la journée elle se sent bien, mange surtout le matin, mais depuis huit jours les vomissements et les étourdissements surviennent plusieurs fois dans la journée.

Examinée le jour de son entrée la malade présente une hypoesthésie du côté droit. Pas de troubles de la sensibilité thermique ni douleurs. Le réflexe pharyngien est même exagéré. Rétrécissement considérable du champ visuel des deux côtés. La pression au point épigastrique amène la sensation de boule et d'étouffement. Zone hystérogène dans la fosse iliaque droite.

La malade est couchée dans la chambre d'isolement. La nuit du 26 mai elle a une crise à 3 heures du matin, qui débute par des renvois, des bourdonnements dans l'oreille droite ; la malade reste inerte sur son lit se rendant compte qu'elle est en crise et dans l'impossibilité de remuer. Cet état dure une heure et se termine par le rejet de quelques cuillerées à bouche d'un liquide muqueux et filant. De cette crise il reste une sensation de fatigue et des douleurs dans les reins. Elle se plaint toujours de douleurs anales, le toucher montre la présence d'une ulcération.

Le 17 juin 1905. Après une sensible amélioration la malade se plaint de ne pouvoir digérer, bien qu'elle soit au régime lacté et au repos au lit. Il existe de plus une douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 22 juin. Etat persiste.

Le 26 elle commence à se lever, ne souffre plus de l'estomac ; elle sort de l'hôpital le lendemain.

Le 5 juillet 1905. La malade en descendant un escalier est prise d'un éblouissement, suivi d'une hématémèse (100 à 150 gr.). La malade reprend son régime lacté et des purées.

Depuis cette époque la malade va très bien, ne suit aucun régime. Cet état dure de juillet 1905 à juin 1906. Le 20 juin,

elle avale une pièce d'un râtelier dentaire. Immédiatement après l'accident elle étouffe, on la conduit à Beaujeon, on passe des sondes ce qui chasse le corps étranger dans l'estomac. La malade se met à vomir (1/2 cuvette d'aliments seulement). Passée aux rayons X, on propose une intervention à la malade qui la refuse. Elle vient à Andral, on l'envoie à M. Béclère ; la malade est perdue de vue.

Observation XI

(Hôpital Andral.)

Gastro-entérostomie postérieure (pour ulcus ?). Vomissements névropathiques persistants. Entérocolite à début aigu. Bacillose au début. Isolement. Guérison des vomissements.

Mme Tro... Pauline, 25 ans, femme de chambre, février 1904.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

Père bien portant, mais nerveux.

Antécédents personnels. — Soignée antérieurement pour anémie.

Réglée à 16 ans, toujours mal depuis.

Pertes blanches.

La malade s'enrhume facilement, tousse tous les hivers. Soignée à Boucicaut par M. Letulle pour un sommet droit. Puis séjour de quatre mois à la campagne.

Nerveuse, irritable, peureuse, pleure sans motif. Jamais de grandes crises. La nuit, rêves, cauchemars.

Troubles gastriques remontant à l'âge de 17 ans. Avant cette époque, quelques digestions difficiles, perte d'appétit. Parfois

elle restait toute une journée sans manger à la suite d'une contrariété.

A l'âge de 17 ans, pituites matinales, vomissements alimentaires une demi-heure après le repas.

En décembre 1902, douleurs vives à l'épigastre, puis une hématémèse avec mœléna.

En février 1903, soignée à l'hôpital Saint-Joseph pour une dyspepsie nerveuse. Séjour, 4 mois.

En novembre 1904 entre une deuxième fois à Saint-Joseph pour des vomissements alimentaires fréquents et pendant son séjour a des selles noires.

En décembre 1904, va à Bichat où le docteur Soupault diagnostique un ulcère pylorique. Opérée le 2 mars 1905 par M. Picqué qui lui fait une gastro-entérostomie.

Elle continue à vomir ; cependant va au Vésinet puis se place comme femme de chambre. Vers le mois de juin la malade reste huit jours sans vomir. Puis les vomissements réapparaissent et la malade croit y reconnaître des aliments ingérés trois jours auparavant. Au mois de juillet va de nouveau dans le service de M. Letulle puis à Saint-Antoine chez M. Siredey qui l'adresse à Andral, le 2 février 1905.

La malade n'a pas beaucoup maigri, 118 livres à son opération, maintenant 108. A jeun elle ne souffre pas, mais dès qu'elle s'alimente elle vomit une demi-heure, deux et trois heures après.

Examen. — Pas de troubles de la sensibilité, corde colique gauche. Un peu de clapotage gastrique. Matité hépatique de 3 centimètres.

8 février. La malade est isolée, on lui prescrit de la codéine et un litre et demi de lait. Elle s'inquiète, s'énerve et vomit la valeur de deux grandes cuvettes d'un liquide bilieux.

9-10 février. Même état, on a recours à des lavements alimentaires.

11 février. Elle vomit encore.

Le 19 février. Même état, elle peut garder ses lavements alimentaires.

Le 21. On prescrit en plus un litre de lait qu'elle ne vomit plus.

Le 22. Nausées mais pas de vomissements. Constipation.

Le 23. Pas de vomissements, mais douleur ovarienne gauche.

Le 27. Selles glaireuses, douleurs abdominales.

La malade prend tout son lait et ne vomit pas.

Le 2 mars. Syndrome de colite muco-membraneuse.

Du 2 mars à avril, alternation de mieux et d'aggravation de sa colite.

Le 28 avril. On supprime toute médication (lavements au nitrate d'argent, dronine, eau bromoformée), on veille à ce que l'isolement soit absolu. On fait un tubo-gavage.

Au mois de mai la malade pouvait s'alimenter de viandes grillées, de purées. Son poids augmente.

Le 30 mai, elle ne souffrait plus de son estomac, les selles étaient normales. Mais elle tousse davantage.

Elle quitte la chambre d'isolement et on lui prescrit alors un régime carné, de la suralimentation, des injections de cacodylate de soude, car sa tuberculose semble faire des progrès.

Un trouble que l'on rencontre très souvent en pathologie gastrique, c'est l'*acrophagie*.

Nous ne ferons pas ici le tableau clinique de ce syndrome, mais nous signalerons cependant qu'il est très fréquent chez les nerveux, soit comme phénomène isolé, soit comme épiphénomène au cours d'une gastropathie organique.

A propos du traitement de cette acrophagie, M. Mathieu a écrit : « La condition la meilleure pour que le malade

guérisse, est tout d'abord qu'il en connaisse l'existence et qu'il se rende compte de ce qui se passe réellement. A très peu d'exceptions près, j'ai vu guérir rapidement tous ceux auxquels j'ai pu faire la démonstration convaincante de l'acrophagie. »

Plus loin, M. Mathieu conclut de la façon suivante : « Les rebelles sont ceux qui ne comprennent pas (quelques-uns paraissent non seulement surpris, mais humiliés par l'hypothèse de l'acrophagie) et les grands nerveux chez lesquels le spasme acrophagique se montre aussi tenace que d'autres spasmes, la toux par exemple. La névrose est alors le grand coupable : c'est elle qu'il faut viser. Il faudra se montrer convaincu et même impérieux et au besoin on aura recours à l'isolement, le moyen héroïque de traitement des accidents nerveux.

Nous avons vu que l'anorexique nerveux ne mangeait pas parce qu'il éprouvait un profond dégoût de toute alimentation. D'autres malades ne mangent pas parce qu'ils souffrent ou qu'ils sont dyspeptiques.

Ces malades ont donc tous naturellement tendance à diminuer le volume des aliments ingérés ; ils y sont, du reste, souvent encouragés par les médecins

Toujours imbus de cette même théorie, qu'ils mangent trop et du reste confirmés dans cette idée par les malaises et les douleurs qui se produisent après l'ingestion des aliments, les malades mangent de moins en moins et maigrissent de plus en plus. De ce fait ils aggravent à la fois leur dyspepsie et leur névropathie ; ils tournent dans ce cercle vicieux dont nous avons déjà fait mention au chapitre « Anorexie ».

En voulant réalimenter cet inanitié, on se heurtera souvent à une assez grande mauvaise volonté de la part du malade et de son entourage, à des idées préconçues et ce qui est pis encore, à des conceptions qui paraissent logiquement fondées sur l'observation et l'expérience antérieure.

Si le malade ne se laisse pas convaincre, si sa dépression nerveuse est très marquée, il sera utile et même quelquefois indispensable de le soumettre à une cure de rééducation alimentaire dans un sanatorium sous la direction d'un médecin accoutumé à soigner ce genre d'affections.

En règle générale, la formule du traitement de ces névropathes inanitiés tiendra dans les trois termes : isolement, réalimentation progressive et méthodique, remontement moral.

Observation XII

(Service de M. Mathieu.)

Inanition nerveuse. Isolement. Guérison.

Mme S..., 37 ans, domestique, juillet 1903.

Antécédents personnels. — Souffre de l'estomac depuis quinze mois. Elle était enceinte à ce moment. Sa grossesse fut pénible : crampes d'estomac, pesanteur, douleurs, inappétence.

L'accouchement survient à terme et se passe très bien. A la suite elle a une constipation opiniâtre.

A dater d'un mois après son accouchement, les troubles gastriques qu'elle avait présentés pendant sa grossesse s'accen-

tuent. La malade, peu après s'être levée, avant de manger, ressentait une vive douleur survenant brusquement, douleur aiguë qu'elle compare à un piqûre et siégeant au niveau du creux épigastrique un peu à droite. Cette douleur l'obligeait à se plier en deux et à comprimer son épigastre avec ses poings.

La douleur durait cinq à dix minutes puis disparaissait brusquement, mais laissait la malade hébétée pendant plusieurs heures. Dans l'après-midi, vers deux heures et demie, nouvelle crise, analogue. Vers six heures et neuf heures, même crise.

La malade n'a présenté que de rares vomissements ; trois fois depuis six mois, elle a vomi des glaires et des eaux ; les trois vomissements se sont produits le matin à jeun.

La malade a craché assez souvent quelques filets de sang rouge ; actuellement ses crachats présentent des taches noirâtres. De plus elle présente depuis huit jours des nausées fréquentes. La malade est constipée ; elle n'a jamais vu de peaux dans ses matières, mais fréquemment des glaires, la valeur d'un verre à bordeaux.

Amaigrissement de 20 kilogrammes depuis deux ans. Poids actuel : 42 kgr. 900. Depuis longtemps son alimentation ne consiste qu'en 100 grammes de pain, 1/2 à 3/4 de litre de lait par jour.

Avant d'être malade, elle mangeait comme une autre. Comme boisson, un à deux verres de vin coupé d'eau. Café quelquefois.

La malade dit être très nerveuse ; elle a des crises de larmes fréquentes surtout depuis le début de l'affection. Idées noires, idée de suicide.

Examen. — Paroi abdominale assez grasse. Elle n'est pas déshydratée. Matité hépatique vraie : 3 centimètres ; relative : 5 centimètres. Le foie est assez haut placé. L'estomac paraît atteindre l'ombilic.

Sensibilité de la face antérieure de l'estomac.

Zone de sensibilité verticale suivant le trajet de l'aorte. Hyperesthésie au niveau du thorax.

Cœur : petit souffle à pointe. Rien aux autres viscères.

Traitement. — Isolement.

Un litre d'eau de Vichy.

Un litre de lait.

Codéine.

Un lavement d'eau salée.

4 juillet. La malade n'a pas eu de douleurs aiguës. Elle accuse une faiblesse considérable, des nausées, mais pas de vomissements.

5 juillet. Constipation.

La nuit a été bonne.

Prend son lait sans difficulté.

6 juillet. Deux litres de lait.

7 juillet. Trois litres de lait.

Cette nuit, douleurs assez vives à l'épigastre, aussi insomnie.

8 juillet. Douleurs moins fortes et fugaces.

9 juillet. L'alimentation est bien supportée.

Nuit bonne, malgré quelques palpitations.

10, 11 et 12 juillet. Amélioration progressive.

14 juillet. Deux litres de lait plus, deux potages.

Selles quotidiennes.

16 juillet. La malade a gagné un kilogramme.

Un léger vomissement d'un liquide jaunâtre. Malgré cela on ajoute au régime une purée de pommes de terre.

17 juillet. En plus deux œufs.

18 juillet. Elle quitte l'hôpital, très améliorée, rappelée par une maladie de sa mère.

Observation XIII

(Service de M. Mathieu.)

Inanition. Anorexie. Isolement.

Mlle Kin... Louise, 17 ans, sans profession, février 1906.

Entre à Andral parce qu'elle souffre de l'estomac depuis un an.

On n'a que des renseignements vagues sur ses parents ; sa mère aurait eu de fréquentes crises nerveuses ; frères et sœurs bien portants.

A eu la rougeole et la coqueluche.

Réglée à 11 ans.

Crises nerveuses fréquentes depuis trois ans. Crises de larmes.

A commencé à éprouver quelques troubles digestifs il y a deux ans ; à cette époque elle ressentait des pesanteurs après le repas, quelques nausées, pas de vomissements.

Il y a 1 an environ que l'affection se précise. La malade l'attribue à une alimentation défectueuse et à des chagrins.

A cette époque, elle éprouvait après les repas un malaise vague constitué par des bouffées de chaleur au visage, somnolence, nausées, rarement par des vomissements bilieux ou alimentaires, le tout accompagné par une douleur assez mal définie au niveau de l'estomac ; cette douleur survenait une à deux heures après le repas ; le malade la compare à une barre pssante qui lui comprimerait la région gastrique. Dans l'intervalle des repas, surtout quand la malade avait faim et le matin au réveil, la douleur était plus nette, plus vive.

Ces derniers temps, elle a dû restreindre et même cesser toute alimentation parce que l'ingestion alimentaire donnait naissance à une série de troubles nerveux (bourdonnements, nausées, sensation de boule à l'épigastre) ; la nuit, elle dormait

peu, en proie à des cauchemars ou à des démangeaisons par tout le corps.

Il s'ensuivit un amaigrissement très marqué, et un degré d'inanition intense, déterminant la malade à entrer à l'hôpital.

Examen. — Poids : 44 kgr. 600.

Amaigrissement notable.

Lèvres décolorées.

Foie petit.

Estomac sensible, mais non dilaté.

Pas de stigmates de névrose.

La malade est isolée et mise au traitement.

Lait : 1 litre le premier jour (à augmenter), codéine.

Le deuxième jour, apparition de nausées, mais la douleur tend à disparaître.

Le quatrième jour, elle s'alimente davantage : 2 litres de lait, 1 potage, 2 œufs.

16 février. L'état général s'est amélioré.

Plus de vomissements ; la malade garde une certaine sensibilité gastrique.

Le 20 février. Régime de plus en plus substantiel.

Aucun trouble dyspeptique.

Elle quitte l'hôpital le 21.

Observation XIV

(*Thèse*, Manto, Paris, 1899). *Traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement* (p. 85.

Anorexie, hypoesthésie légère. Points mammaire et ovarien droits. Rétrécissement du champ visuel. Isolement.

Mlle Marguerite P..., âgée de 26 ans, employée des postes, entre à l'hôpital, dans le service de M. Déjerine, salle Pinel, n° 11, le 26 avril 1899.

Antécédents héréditaires. — Le père, à l'âge de 30 ans, est mort à la suite d'un refroidissement. Etant à la chasse, il boit de l'eau très fraîche tout en étant en transpiration.

La mère, âgée de 54 ans, est en traitement à l'hôpital, salle Petit-Pinel, pour une paralysie pseudo-bulbaire.

Un frère de 24 ans, très nerveux, bien portant.

Antécédents personnels. — N'a fait aucune maladie étant toute jeune.

En 1891, sa mère tombant malade, elle se donne beaucoup de peine pour la soigner, étant obligée aussi de travailler, pour venir en aide à la famille. Le chagrin, le surmenage et les ennuis, augmentés par la mort de sa grand'mère, arrivent à mettre la malade dans un état excessif de fatigue et de faiblesse, d'autant plus qu'elle n'avait pas un bon appétit. Son moral était mala de.

D'un caractère vif, irascible, ne sachant se contenir, la malade est très impressionnable, elle pleure facilement, pour des choses qui parfois n'ont aucune importance.

Réglée à 14 ans, elle souffrait énormément à chaque époque menstruelle. Plusieurs fois à ces époques, la malade vomissait et même avait des syncopes.

Depuis deux ans environ, la malade commence à ne plus manger. Souffrant alors de crampes d'estomac, quelque temps après avoir mangé, voyant son creux épigastrique se gonfler, elle était obligée de se dégrafer ou d'enlever son corset ; elle commence à manger de moins en moins. Elle prenait des toniques et des pilules de Vallet.

Ces médicaments n'ayant apporté aucun soulagement à la malade, elle se met alors à ne plus manger qu'un œuf, et un peu de lait pendant la journée, de peur que la nourriture ne lui fasse du mal. Elle se suggestionne ainsi, et actuellement c'est à peine si elle prend au déjeuner un œuf et un peu de lait.

La malade a maigri de 30 livres en deux ans.

En février 1898, à la suite d'une forte contrariété, elle a une

crise nerveuse, sans perte de connaissance, et qui se termine par des pleurs.

A l'examen, on constate une légère hypoesthésie gauche de la face et au thorax, ainsi qu'au membre supérieur droit, à l'abdomen et au membre inférieur droit, pour les trois modes de sensibilité.

La motilité est normale.

Comme stigmates, un léger point mammaire et ovarien droit. Le champ visuel est très rétréci des deux côtés, avec prédominance du côté gauche.

Remarque. — 27 avril. La malade est soumise à l'isolement le plus strict. Pour commencer, on lui donne trois litres de lait.

En huit jours, la malade prend cinq litres de lait et les supporte très bien.

Le 25 mai, on donne à la malade un œuf, puis, quelques jours plus tard, deux œufs par jour, en plus des cinq litres de lait.

Observation XV (résumée).

(M. Solier.)

(In *Thèse*, J. Planques, Toulouse, 1895.) *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et de quelques autres maladies* (page 45).

Anorexie grave guérie par l'isolement.

Jeune fille, 17 ans, père et oncle « cerveaux brûlés », mère débile, n'a jamais été malade jusqu'à 7 ans. Depuis cette époque, vomit avec la plus grande facilité ; réglée à 12 ans et demi ; embarras gastrique à 14 ans ; à 16 ans, vomissements de bile d'abord, de matières alimentaires ensuite ; au commen-

cement de sa dix-septième année, a l'influenza ; à la suite de cette maladie, elle ne sent plus sa faim et refuse de manger ; ne prend alors que du lait et du champagne. Elle a, quelques jours après, une attaque d'hystérie ; les sensations de faim et de soif sont abolies, la miction est troublée, elle a de l'incontinence, de l'amnésie, des cauchemars, des peurs nocturnes, des hallucinations. Elle fait des scènes continuelles à sa mère, qui est devenue son esclave, elle a tous les caprices et toutes les exigences imaginables, qu'on s'empresse, du reste, de satisfaire.

L'isolement est alors pratiqué dans une maison de santé, le 10 juin 1890. La malade a 1 m. 72 et ne pèse que 58 livres. Etat cachectique. Corps squelettique. Elle mange un beefteack le jour de son entrée. Elle sort complètement guérie le 25 octobre. Son poids est de 89 livres. Dans quatre mois et demi, elle a gagné 31 livres.

Observation XVI (résumée).

(M. Solier.)

(In *Thèse*, J. Planques, Toulouse, 1895.) *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et de quelques autres maladies* (page 46).

Anorexie hystérique guérie par l'isolement.

Mlle X..., 28 ans, pas d'antécédents héréditaires connus, est sujette à des céphalées depuis l'âge de 6 ans. Elle s'est « toujours ennuyée ». Pendant sa jeunesse, était somnambule nocturne. A 8 ans, fièvre typhoïde ; à 15 ans, crises hystériques, attaques de catalepsie, anorexie passagère ; a usé alors d'injections de morphine dont elle a gardé l'habitude. En ce moment,

attaques convulsives très fréquentes ; spasmes œsophagiens à la moindre ingestion d'aliments, soit solides, soit liquides ; paraplégie assez marquée à droite ; anorexie complète depuis quatre mois sans vomissements. Amaigrissement considérable.

Entre dans une maison de santé le 18 mai 1890.

Elle est dans un état de maigreur extrême ; son poids n'est que de 59 livres. Elle peut à peine se soutenir et tombe dans un état cataleptoïde dès qu'on la remue. Elle sort de l'établissement le 18 janvier 1891, ne conservant plus qu'un peu de parésie passagère de la jambe droite. Elle pèse 95 livres, soit 36 de plus qu'à l'entrée. Son état s'est bien maintenu depuis cette époque.

Observation XVII (résumée).

(M. Solier.)

(In *Thèse*, J. Planques, Toulouse, 1895.) *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et de quelques autres maladies* (page 47).

Anorexie hystérique guérie par l'isolement.

Mlle X. ., 23 ans. Père et oncle très nerveux.

A 13 ans, fièvre typhoïde ; réglée à 15 ans ; toujours bien réglée depuis ; à 16 ans, elle est prise subitement de gastralgie sans cause connue ; accès de gastralgie tous les deux ou trois mois pendant deux ans. Pleurésie (?) à 19 ans, à la suite de laquelle les règles sont supprimées pendant neuf mois ; a eu alors plusieurs crises de nerfs ; des maux de tête continuels ; de la perte d'appétit ; des soubresauts nerveux pour la moindre cause. A 22 ans, à la suite d'une vive contrariété, elle est prise

d'une céphalée intense, avec torpeur intellectuelle et est obligée de s'aliter ; garde le lit depuis. Alors, douleur en casque intolérable ; attaques caractérisées par des battements des paupières avec rotation en haut et en bas du globe de l'œil, secousses toniques dans les membres supérieurs, arcs de cercle, etc.

La malade ne prend que du lait en très petite quantité avec un biberon. On la fait manger et dormir par suggestions hypnotiques. Quelque temps après, à la suite d'une contrariété, elle commence à vomir sans effort.

Elle entre dans l'établissement de M. Solier le 20 juin 1890. Elle n'est pas très amaigrie, mais ne peut ni marcher, ni presque remuer.

Dès qu'elle est entrée, elle commence à manger.

Le 27 juin, elle se levait et marchait toute seule.

Le 2 août, elle sortit de l'établissement en parfait état. L'appétit est excellent.

Observation XVIII (résumée.)

(De M. le docteur Noguès.)

(In *Thèse*, J. Planques, Toulouse, 1895.) *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et de quelques autres maladies* (page 48).

Anorexie hystérique guérie par l'isolement.

Mademoiselle X..., 18 ans. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle ; point hystérogène sous-mammaire ; ovaralgie. Est atteinte depuis sept mois d'anorexie ; elle ne mange chaque jour que deux œufs et boit du jus de pruneaux.

Entre dans l'établissement du docteur Noguès.

Elle est dans un état de maigreur squelettique.

Elle se décide à manger peu après son entrée ; quinze jours après, elle mangeait de bon appétit. Son état s'est conservé bon depuis lors.

Observation XIX

In *Thèse* Manto (Paris 1899.) *Sur le traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement* (page 88).

Anorexie hystérique. Hypoesthésie gauche. Point ovarien droit. Isolement. Guérison en six jours.

Mlle Marguerite L..., âgée de 19 ans, modiste, entre à l'hôpital dans le service de M. Déjerine, salle Petit-Pinel, n° 8, le 17 mars 1899.

Antécédents héréditaires. — Le père souffre de temps en temps de coliques hépatiques. Sobre.

La mère a eu des crises nerveuses depuis l'âge de 16 ans, jusqu'à 38 ans. D'un caractère gai, non irascible, a plutôt une grande patience.

Deux sœurs cadettes bien portantes.

Un frère bien portant.

Antécédents personnels. — A trois ans, inflammation intestinale et fièvre muqueuse.

Jusqu'à 7 ans, a tous les hivers une bronchite légère.

A 10 ans, rhumatisme articulaire du genou avec gonflement et fièvre.

De 12 à 16 ans, elle se porte très bien ayant un bon appétit.

Réglée à 12 ans et demi régulièrement.

A 16 ans, entre dans un magasin de modes pour faire son apprentissage, et quelques mois après elle commence à perdre son appétit.

A eu pendant cet intervalle quelques crises nerveuses à la suite de contrariétés, avec des douleurs dans le dos et à l'estomac.

Son sommeil était irrégulier.

Elle avait de la constipation.

Elle travaille dans cette maison pendant deux ans, et presque tous les étés elle partait avec ses parents à la campagne, mais ce changement n'avait aucune influence sur son état, car toutes ses douleurs, son anorexie persistaient.

A noter seulement que la malade ne maigrissait pas beaucoup.

Après la première année d'apprentissage, la malade eut une seconde attaque de rhumatisme.

A 18 ans, elle quitte la mode.

Le 13 novembre 1898, la malade est prise d'une grande perte de sang. Quinze jours auparavant, elle eut ses règles, quand tout à coup, sans cause apparente, elle est prise de cette hémorrhagie.

Elle a duré une quinzaine de jours, pendant lesquels la malade eut des défaillances, des éblouissements, mais pas de syncope.

Pendant l'hémorrhagie, la malade expulse un gros caillot ; n'a eu aucune douleur, ni lombaire, ni utérine ; après l'expulsion du caillot, l'hémorrhagie commence à diminuer.

Depuis, elle perd continuellement en blanc, quelquefois jaunâtre ou verdâtre, empesant assez fortement le linge.

Quelque temps après, les règles reviennent et ne durent que trois jours.

Cet accident survint le 13 novembre, et avant même qu'il se produise, un médecin lui aurait conseillé de s'aliter, conseil qu'elle n'a pas voulu suivre.

A ce moment déjà, elle souffrait de sa fosse iliaque droite, avait des faiblesses assez souvent et tout effort lui était pénible. A chaque instant se trouvait mal après la moindre fatigue. et

ne pouvait pas même faire sa toilette. Ne pouvait endurer son corset et ne le mettait que lorsqu'elle se trouvait contrainte.

Après l'hémorrhagie, pendant huit jours, la malade présente des vomissements de couleur verdâtre. Elle ne pouvait rien prendre, car elle rendait aussitôt.

Le ventre était douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite, et elle accusait des douleurs abdominales généralisées, mais elle n'avait pas de fièvre. Elle se sentait glacée, et avait une langue saburrale.

Ce qu'elle a eu à ce moment on ne peut le savoir exactement, mais elle garda le lit pendant deux mois, jusqu'à fin janvier 1899.

Etat actuel. — La malade entre à l'hôpital pour une anorexie survenue à la suite de l'hémorrhagie du mois de novembre dernier.

C'est à peine si pendant la journée elle prenait quelques gorgées de képhyr, mais buvait beaucoup d'eau.

La malade, de taille assez grande, est plutôt maigre et ne pèse que 45 kilogrammes, pourtant elle affirme que jamais elle n'a pesé plus de 48 kgr. 500.

Examen de la sensibilité. — On trouve une hypoesthésie légère du côté gauche, localisée à la face, au tronc et au membre supérieur.

Le membre inférieur et le reste du corps ont une sensibilité normale, sauf pour la région de la fosse iliaque droite qui est hyperesthésiée.

Le champ visuel est normal.

Les réflexes rotuliens un peu exagérés.

Comme stigmate, il n'y a qu'un point ovarien droit.

Rien à noter du côté du goût et de l'olfaction.

18 mars 1899. On soumet la malade à l'isolement le plus strict.

Repos et régime lacté.

Pour commencer on lui donne trois litres de lait, en lui

disant qu'à la fin de la semaine il faut qu'elle arrive à prendre cinq litres de lait.

Le premier jour la malade fit quelques grimaces et quelques difficultés pour boire les trois litres de lait, mais surveillée continuellement, elle se voit obligée de les prendre.

Après deux jours, on augmente à quatre litres, que la malade prend sans trop résister et après le dixième jour elle arrive à boire cinq litres de lait qu'elle supporte très bien sans réclamer.

10 avril. La malade continue son régime de cinq litres de lait, et a augmenté de poids.

A titre de récompense on lui donne un quart d'heure de liberté.

Le 14. On permet à la malade de se lever pendant deux heures.

Le 16. La malade mange un œuf et continue à très bien se porter.

Le 17. On lui permet de voir sa mère et on augmente à trois heures le temps de liberté.

Le 29. La malade prend la nourriture ordinaire.

4 mai. La malade se porte très bien, elle a engraissé et supporte très bien la nourriture sans trop protester.

Remarque.— Ce cas est typique ; comme toutes les anorexiques, elle a commencé à ne pas manger, sous prétexte qu'elle souffrait de l'estomac. D'un autre côté elle impose à sa famille ses idées, et ainsi elle entretenait son état.

Il a suffi de la changer de son milieu, qui ne pouvait être que désastreux pour elle, et de se voir dominée, pour arriver à lui faire prendre le jour même de son arrivée trois litres de lait et cinq litres à la fin de la semaine. Elle fit quelques grimaces le premier jour, mais elle a vu que cela ne pouvait durer, et qu'elle devait se soumettre et obéir.

Actuellement elle supporte très bien la nourriture et la malade a augmenté de poids de 6 kilogrammes.

Sortie guérie le 8 juin 1899.

Observation XX

Playfair. *Traitement méthodique de la neurasthénie et et de quelques formes d'hystérie*, par Weir Mitchell. Traduit par le docteur Oscar Jennings. Paris, 1883. *Appendice*, p. 149.

Le 24 avril dernier, je fus consulté pour une jeune dame du nord de l'Angleterre, qui avait des vomissements hystériques intenses. Ces vomissements avaient débuté à la suite de travaux intellectuels prolongés et duraient depuis six ans. En dernier lieu, il lui était impossible de rien garder sur l'estomac autre qu'une cuillerée de lait, et encore fallait-il que ce lait fût mélangé de whiskey ; elle prenait ainsi tous les jours trois ou quatre verres de whiskey.

Elle était émaciée à un point extrême, ne pesant que 63 livres anglaises. Sa mère écrivait à son sujet : « Il y a eu cinq ans, à Noël dernier, qu'elle n'a conservé un repas. Ses souffrances sont extrêmes et résistent à toute espèce de traitement. Son avenir est complètement détruit, et j'ai depuis longtemps perdu tout espoir de guérison. »

La rapidité de la guérison, chez cette malade, fut presque amusante. Trois jours après son isolement, elle digérait deux litres de lait sans l'aide, faut-il le dire, du whiskey.

Au bout de dix jours, elle mangeait avec un appétit énorme, et en six semaines elle quittait la ville, pesant 106 livres anglaises, un gain de 43 livres ; elle est, depuis, restée en bonne santé.

Observation XXI

Thèse Kouchewa. Genève, 1901 (p. 32).

Hystéro-neurasthénie constitutionnelle. Hyperchlorhydrie ; ulcère stomacal. Cure d'isolement, guérison de l'ulcère. Engraissement par gavage. Guérison relative et temporaire.

Mlle A. Florine, femme de chambre, 22 ans, entre à l'hôpital le 1er septembre 1899. Mère rhumatisante, de tempérament nerveux, père bien portant. Sur trois sœurs, une est morte tuberculeuse.

La malade a toujours été maladive, délicate.

Indigestion pour la moindre des choses depuis l'enfance.

Réglée à 16 ans, règles douloureuses et irrégulières.

En 1893, elle se place à Paris comme bonne à tout faire, elle y reste quatre ans, se fatigue extrêmement et ses troubles digestifs augmentent de plus en plus. Pendant ce temps, elle fait deux séjours à l'hôpital de la Charité, où on la traite pour anémie et dilatation d'estomac.

Lors de son deuxième jour à la Charité, en février 1897, à la suite d'un lavage d'estomac, elle a eu une première hématémèse.

Depuis lors, et jusqu'au 2 août 1899, elle vient consulter le docteur Maillard, à Genève ; ses troubles digestifs augmentent : après chaque repas, douleurs au dos et épigastre. On lui fait faire à deux reprises une cure de Vichy de vingt jours, qui loin de l'améliorer, la fatigue et la laisse plus ou moins alitée pendant quelques semaines.

Pas de nouvelle hématémèse.

Obligée de reprendre sa place de femme de chambre, elle s'éreinte encore plus.

Le 2 août 1899, M. le docteur Maillard note :

Poids : 57 kilogrammes.

Tour des hanches : 98 centimètres.

Tour de taille, nue couchée : 64 et 66 centimètres.

Estomac : 8 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Le 30 août, nouvelle hématèse.

Elle entre le 1er septembre à l'hôpital. Status. Jeune fille bien conformée, bien nourrie. Téguments pâles, muqueuses bien colorées. Pupilles larges, yeux cernés. Apyrexie. Pigmentation en ceinture autour de la taille, due au corset. Système digestif. Crises gastriques très douloureuses survenant généralement après l'ingestion de lait, mais d'une façon irrégulière, soit de jour, soit de nuit, douleurs siégeant aux creux épigastrique avec irradiation dans le dos à la région rachidienne dorso-lombaire. Dégoût de tout aliment, écœurement permanent. Pas de vomissements. Constipation. Renvois aigres. Pyrosis. Langue blanche, peu chargée. Très mauvaise bouche le matin.

Abdomen à parois résistantes, sensibilité exagérée partout, avec un point douloureux entre l'ombilic et le bord costal gauche.

Le pylore est douloureux, clapotement d'estomac, cœcum encombré.

Debout, le ventre pend et est saillant à sa partie sous-ombilicale. Glénard douloureux.

Système nerveux. Céphalalgie en casque constante, plus forte le soir que le matin. Sommeil agité.

Malaise à chaque réveil avec nausées et céphalée. Points douloureux rachidien et sous le sein gauche.

Réflexes patellaires et du pied normaux. Vertiges. Tendance au noir. Sensation de fatigue mentale. Insomnie.

Système circulatoire. Signes de chlorose légère (hémoglobine, 65 p. 100). Souffle vasculaire aux jugulaires.

Urine : Pas d'albumine, pas de sucre.

Indol et scatol abondants.

Urée : 19,9 p. 1000.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade est mise au lit dans le décubitus dorsal et au lait à doses progressives de 1.500 à 4.000 centimètres cubes.

Le 12 septembre, une heure après un repas d'épreuve consistant en :

Thé au rhum, 250 grammes ;

Mie de pain, 50 grammes ;

Blanc d'œuf dur n° 1.

Le pompage donne un liquide très fluide, aqueux, non muqueux, morceaux d'œuf rares à coins arrondis, transparents.

Présence d'acide chlorhydrique libre.

Acidité totale : 2,63 p. 1000.

Acide lactique : 0.

Peptones abondantes.

Albumines non peptonisées peu abondantes.

Présence d'érythro-dextrine.

Acide butyrique : 0.

Quantité stomacale primitive : 160 centimètres cubes.

19 septembre. Malaise au réveil. Céphalée persistante.

27 septembre. Le gonflement de l'estomac donne la limite inférieure à quatre centimètres au-dessous de l'ombilic.

18 octobre. Isolement absolu, souffre toujours beaucoup de l'estomac. Douleur en broche.

Insomnie depuis deux semaines, malgré les hypnagogues variés et l'hydrothérapie.

Grandes douleurs névralgiques dans la tête.

Très déprimée moralement, pleure beaucoup, désespère de guérir.

Lavage stomacal chaque soir. Bain tiède de une heure à une heure et demie chaque soir.

1er novembre. Diète gastrique absolue.

Lavements alimentaires consistant en :

Lait : 100 grammes.

Peptone : 1/2 centimètre cube.

Natr. bicarbonée. ; natr. chlorat. : une pointe de couteau de chaque.

Laudanum : cinq gouttes.

Cinq par jour, mal tolérés, le dernier du soir est rendu le matin par la malade tel qu'elle l'a reçu. La céphalalgie persiste.

La diète gastrique absolue est maintenue pendant huit jours consécutifs. La malade subit une diminution de poids de 3 kilogrammes et demi.

L'estomac est à peine douloureux à la pression. On se décide à revenir à l'alimentation buccale.

9 novembre 1899. La malade prend par jour 800 grammes de lait, quatre verres de képhyr 100 grammes. Les douleurs gastriques sont moindres qu'auparavant.

La céphalalgie diminue après chaque ingestion de lait. Constipation opiniâtre, les lavements simples et à l'huile de ricin ne ramènent aucune matière fécale.

Drap mouillé à neuf heures du soir.

17 novembre. Grand malaise ; boule au cou, étouffements, céphalée intenable.

21 novembre. Pendant un lavage d'estomac, la sonde ramène un petit fragment tissulaire qui, examiné microscopiquement, se trouve être un fragment de muqueuse gastrique avec un épithélium et des orifices glandulaires caractéristiques.

Décembre 1899, janvier 1900. Etat à peu près stationnaire. L'insomnie est absolue.

Les phénomènes subjectifs les plus variés se manifestent tour à tour ; ce sont des douleurs gastriques tantôt à jeun, tantôt après l'ingestion d'aliments, avec irradiation dans le dos et dans les côtes, une hyperesthésie des apophyses épineuses, une céphalée continuelle, des vertiges.

On a recours à des pratiques hydrothérapiques variées : bains, douches, drap mouillé. Plusieurs essais d'hypnose res-

tent sans succès. On fait des injections quotidiennes de sérum de Chéron.

L'alimentation est de plus en plus difficile, tout aliment provoquant des douleurs gastriques intolérables aussitôt après son ingestion. La malade arrive peu à peu à ne prendre qu'un quart de verre de lait ou de képhyr toutes les heures.

Avec cette ration minime, le poids diminue, mais très lentement et le corps conserve un embonpoint apparent qui est en désaccord avec une jeûne aussi prolongé. La constipation résite à tous les procédés variés mis en œuvre pour la combattre.

Le 23 janvier 1900, on note :

La douleur épigastrique est surtout marquée dans la peau de la région qui est douloureuse au moindre contact et très hyperesthésique au pincement. Une pression profonde sur la région de l'estomac est moins douloureuse qu'un attouchement de la peau.

Pensant avoir affaire à une hyperesthésie hystérique consécutive à la douleur réelle causée par un ulcère préalablement existant et actuellement cicatrisé, on tente de nourrir la malade par des gavages à la sonde.

24 janvier. Premier gavage introduisant d'un seul coup, dans l'estomac un demi-litre de cacao lacté à la viande, dissous dans du lait et additionné de trois œufs.

Ce repas forcé ne cause pas plus de douleur que n'en occasionnait auparavant un quart de verre de képhyr.

Les jours suivants on continue l'alimentation à la sonde, à raison de trois gavages par jour, composés chacun de 750 grammes de lait, deux œufs, une cuillerée de peptone, une cuillerée de cacao lacté, 5 grammes d'extrait fluide de cascara.

Ces gavages sont bien tolérés. Chacun ne provoque que quelques douleurs peu intenses et de courte durée.

21 février. Menstruation. A cette occasion, la malade ressent douloureusement la place de chacune des injections de Chéron

faites dans la moitié gauche du corps. Celles qui ont été faites dans la moitié droite ne sont pas ressenties. On remarque que ces dernières n'ont laissé aucune induration, tandis qu'un nodule induré est resté à la place de chacune des premières.

On continue les gavages jusqu'au 28 mars, en les rendant toujours plus substantiels ; la dose est portée à un litre par ration et se compose tantôt de soupe, tantôt de cacao, auquel on ajoute des œufs, de la peptone, de la viande hachée, etc.

Pendant cette période d'alimentation à la sonde, du 24 janvier au 28 mars, soit en 63 jours, le poids augmente de 10 kilogrammes et d'une façon extrêmement régulière, ce qui représente une moyenne de 160 grammes par jour.

28 mars. Le poids de 59 kilogrammes, préalablement fixé comme but à atteindre, étant obtenu, poids supérieur de 2 kilogrammes au poids antérieur le plus élevé de la malade, on cesse l'alimentation à la sonde mais en continuant le même régime.

Son poids s'accroît encore de 1.000 grammes pendant les deux semaines suivantes.

15 avril. L'état général, comparé à ce qu'il était trois mois auparavant, est très satisfaisant ; le facies est engraissé et reposé, le sommeil est en partie retrouvé sans aucun adjuvant médicamenteux. La céphalée persiste, mais beaucoup moins marquée que par le passé.

La digestion provoque certaines douleurs, mais qui ne sont plus intolérables et n'empêchent pas la malade de prendre ses repas avec plaisir.

Son séjour à l'hôpital se prolonge encore jusqu'au 5 mai, sans changement notable de l'état général.

Du 18 avril au 1er mai, elle souffre de violentes douleurs à la région cœcale.

Les caractères de cette attaque font diagnostiquer une poussée de typhlite par coprostase, avec réaction péritonéale locale.

A partir du 5 mai, la malade est levée tout le jour.

Le 18 juin, elle quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant pour aller passer un mois à la campagne.

Le 18 juillet, elle revient se montrer. Son poids est resté égal, à 100 grammes près, à celui de sa sortie de l'hôpital. Elle s'est nourrie de lait (quatre litres par jour) et d'œufs.

L'abdomen n'est plus douloureux à la région gastrique. On sent dans la fosse iliaque gauche l'intestin spastique, vide de matières, qui saute sous le doigt comme une corde, et dans la fosse iliaque droite le cœcum forme une volumineuse tumeur remplie de matières et très sensible à la pression. La constipation a persisté. La malade n'a de selles qu'avec un laxatif (podophylline) et toujours au prix de vives coliques. A plusieurs reprises et notamment avant ses règles elle a rendu du sang rouge avec ses selles. On constate la présence d'hémorrhoïdes.

Céphalée continue, mais moins vive que lors du séjour à l'hôpital. Très peu de sommeil, elle ne s'endort généralement que vers cinq heures du matin.

Les dernières règles, très peu abondantes, n'ont duré qu'un seul jour.

19 juillet. La malade quitte Genève pour rentrer dans son pays natal, en France.

Le 24 septembre, elle nous écrit de ses nouvelles et nous apprend que peu après son arrivée, elle a été prise d'une crise de douleurs cœcales plus violente que la précédente et qui l'a beaucoup éprouvée.

« J'ai perdu, dit-elle, tout le bien que je m'étais fait à Genève. Je suis très faible et mon estomac ne supporte toujours que le régime lacté. Cependant je ne souffre pas davantage que lorsque j'ai quitté la Suisse.

Les malaises sont les mêmes, mais ce qui augmente, ce sont mes maux de tête et l'insommie persiste toujours. »

Dates.	Poids.	Observations.
1899		
10 août.....	57.000	Entré à l'hôpital 1er septembre.
11 septembre.	57.000	
5 octobre.....	56.800	
12 octobre....	55.500	
28 octobre....	55.500	Diète gastrique absolue du 30 octobre au 8 novembre.

Dates.	Poids.	Observations.
1900		
20 janvier....	48.700	
24 janvier....	49.000	Gavage du 24 janvier au 28 mars (× 160 gr. par jour durant 63 jours.)
28 mars.....	59.000	
15 avril.....	60.000	
28 avril.....	56.300	
5 mai.....	57.900	
20 mai.....	58.800	
16 juin.....	59.000	
18 juin.....	58.500	Séjour à la campagne du 18 juin au 18 juillet.
21 juillet.....	58.400	

Observation XXII.

Thèse Manto, Paris, 1899.

[*Traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement* (*p. 86*).]

Eructations hystériques et acrophagie, datant de quinze mois. Hypoesthésie légère gauche. Stigmates : points mammaire

et ovarien gauche réflexes rotuliens ; normaux. Isolement. Guérison en un mois environ.

Mlle Marie L..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital le 17 février 1898, salle Petit-Louis, lit 6.

Antécédents héréditaires. — Le père, 56 ans, est malade d'une affection de l'estomac ; rhumatisant.

La mère, 56 ans, souffre d'une dyspepsie flatulente.

Antécédents personnels. — A l'âge de 3 ans, ophtalmie granuleuse, jusqu'à 18 ans. Pas de convulsions étant jeune.

A 15 ans, un abcès au poumon droit.

Réglée à 17 ans.

A 26 ans, fièvre typhoïde.

Etat actuel. — La malade entre à l'hôpital pour des éructations. A chaque inspiration, elle introduisait une certaine quantité d'air dans l'estomac, et à l'expiration la rejetait avec un bruit qui imitait tout à fait les éructations. Elle devint malade vers le mois d'octobre 1897, à la suite d'une forte contrariété qu'elle eut avec ses patrons quinze jours avant.

Il faut noter aussi que sa mère souffre d'une dyspepsie flatulente, avec éructation et que celle-ci la soignait il y a eu suggestion et imitation.

Au commencement, les éructations étaient très fortes durant même la nuit, de telle sorte qu'elles empêchaient la malade de fermer l'œil.

A l'examen, sensibilité tactile douloureuse et thermique, on trouve une légère hypoesthésie du côté gauche. Les réflexes rotuliens sont normaux, la force musculaire du membre inférieur droit est un peu plus faible que celle du côté opposé (la jambe fléchie sur la cuisse). La malade nous dit, que vers 8 ans, elle s'est aperçu de cette faiblesse et qu'elle tombait plus facilement, soit qu'elle glissât, soit que son pied se tournât en dehors. Même actuellement lorsqu'elle marche, elle se fatigue

plus vite de son membre inférieur droit ; on ne trouve aucune atrophie.

Stigmates hystériques. — On trouve un point mammaire gauche et ovarien du même côté.

Remarque. — La malade est soumise à l'isolement.

Jusqu'au mois de juin n'a eu aucune amélioration, les éructations cessèrent seulement pour trois semaines environ.

Depuis juin 1897, jusqu'au mois de mars 1899, la malade ne cessant pas les éructations, nous avons appris que l'isolement à la salle Petit-Louis ne se faisait pas rigoureusement et que la malade, si elle ne recevait pas de visites de ses parents, recevait une de ses amies de l'hôpital

Sur notre insistance auprès de M. Déjerine, on fait descendre la malade salle Pinel, n° 15 et on la soumet de nouveau à l'isolement plus rigoureux cette fois.

La malade ne reçoit ni lettre ni visite, elle n'a pas de journaux à lire, ni aucun travail manuel. Toutes ces précautions n'avaient pas été prises à la salle Louis.

21 mars 1899. Nous faisons à la malade de la morale, lui disant, entre autres, qu'elle doit être un peu honteuse de ne pas pouvoir se retenir de faire une pareille musique.

La malade se fâche et m'envoie promener, nous disant que nous tous nous sommes comme cela, nous ne voulons jamais croire les maux dont elle souffre, etc., etc. Elle se met à pleurer, et pendant ce temps les éructations cessent. Alors, nous nous retirons, la laissant dans cet état.

Déjà Mme Nény lui faisait toutes sortes d'affronts, lui disant qu'elle n'a pas de cœur à son âge de ne pas travailler et de se laisser aller ainsi, et l'après-midi de ce même jour elle lui fait encore une forte leçon.

Le 24. Depuis le 22, la malade est plus calme et si les éructations reprennent elles ne durent que peu de temps.

Ce matin elle est calme et commence à espérer.

Le 27. L'amélioration continue, la malade n'a plus d'éructations depuis dix jours.

Ce cas est remarquable par ce fait, qu'il démontre : 1° que l'isolement n'a d'effet que s'il est strictement appliqué ; 2° que la surveillante a su mettre en jeu l'amour-propre de la malade et exécuter mot à mot les indications du médecin.

On peut dire que si pendant une année la malade n'a pu être guérie, c'est simplement par la mauvaise application du traitement qu'elle a subi jusqu'au jour où elle a été descendue salle Pinel.

Il faut dire aussi, et nous insistons sur ce point, que la malade, tant qu'elle est restée à la salle Louis, bien qu'isolée, ne continuait pas moins à lire, à travailler et même à recevoir la visite d'une infirmière. A la salle Pinel tout a été supprimé.

Ceci montre avec une évidence incontestable, combien il est important d'avoir un personnel dressé pour suivre textuellement et avec une scrupuleuse exactitude les ordres du médecin.

Le 30. La malade a eu la visite de sa mère. Rien à noter sur son état qui continue à être satisfaisant.

2 avril. A eu dans l'après-midi deux éructations qui ne se sont plus répétées.

La malade peut lire un journal et travailler un peu dans son lit à la couture.

On lui donne du Cannabis indica pour son estomac dont elle se plaint, auquel elle rapporte ses éructations,

Le 10. La malade continue à aller bien. Etant au régime lacté jusqu'à aujourd'hui, elle demande le régime ordinaire qui lui est accordé.

Le 14. La malade continue à bien se porter. L'alimentation ordinaire n'a rien changé dans son état malgré ses craintes, car elle mettait sur le compte de son estomac les éructations qu'elle a eues.

On lui permet de voir ses parents.

Se lève un peu dans l'après midi.

La guérison paraît être complète.

Le 20. La malade n'est plus à l'isolement.

La guérison est faite.

Le 29. On lui donne deux jours de congé. Elle a gagné 3 kilogrammes pendant son séjour salle Pinel : 59 kilogrammes, 62 kilogrammes.

Remarque. — Un fait intéressant à noter, c'est que la malade, tant qu'elle avait ses éructations, restait indifférente à tout, et n'apportait aucun soin à sa toilette. Depuis qu'elle va bien, c'est tout le contraire, elle prend un soin minutieux à sa coiffure.

Le 2 mai. La malade revient à l'hôpital, son congé expiré, et se porte à merveille.

Le 20. Elle rentre dans sa famille, guérie complètement ; revue au commencement de juin, sa guérison se maintient.

Observation XXIII

(Camus et Pagniez, *loco citato*).

Gastropathie nerveuse grave, datant de huit ans, traitée d'une façon continuellle pendant cette période. Hystéro-neurasthénie. Rétrécissement du champ visuel. Hémi-hyperesthésie gauche. Guérison.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père mort subitement à 65 ans. Mère morte de congestion cérébrale à 60 ans.

Elle a deux sœurs et un frère bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a eu dans son enfance la rougeole et une fluxion de poitrine.

Elle fut réglée à 11 ans et a toujours été bien réglée depuis.

Elle se maria à 17 ans, eut l'année suivante un enfant qui mourut à 3 ans de gastro-entérite.

A 22 ans et demi, elle eut un deuxième enfant, né après sept mois de grossesse et qui mourut au bout de huit jours.

A 27 ans, elle eut un autre garçon, ses couches furent très

difficiles, elle perdit une grande quantité de sang et resta longtemps affaiblie. L'enfant a quatre ans maintenant et se porte bien.

Début des accidents actuels. — A l'âge de 23 ans, à la suite de la mort de son premier enfant, la malade profondément triste perdit l'appétit et commença à souffrir de l'estomac.

Pendant un séjour à la campagne, les douleurs s'accentuent et durent régulièrement deux et trois heures après chaque repas. Elle avait en outre, de l'insomnie, mais elle ne présenta à aucun moment des crises de nerfs.

Revenue chez elle, en août 1895, les douleurs ne diminuèrent pas et la malade commença à suivre une série de traitements. Elle était obèse avant le début de la maladie et elle devint peu à peu très maigre. Un premier médecin consulté lui ordonna du valérianate d'ammoniaque et des cachets digestifs.

Un deuxième médecin ordonna du bromure et des potions calmantes.

En 1898, avant sa troisième grossesse, son état s'améliora quelque peu, puis s'aggrava au début de cette grossesse. Elle eut alors des vomissements très acides, renfermant parfois du sang, elle souffrait au niveau du creux épigastrique et dans le dos, et le médecin qui l'examina à ce moment pensa qu'elle avait un ulcère d'estomac.

Après l'accouchement, en février 1899, les douleurs augmentèrent encore et elle fut atteinte en même temps de fièvre puerpérale pendant un mois.

En 1900, malgré un grand nombre de potions apéritives, la malade refuse toute alimentation.

Elle a des étouffements, des palpitations, des tendances à la syncope.

Les vomissements acides reparaissent, ils ne contiennent pas de sang.

Un médecin pratique des piqûres de cocaïne deux fois par jour et des injections de sérum tous les deux jours.

Un volumineux abcès qui demande deux ou trois mois pour guérir apparaît à la fesse.

Néanmoins les douleurs ne disparaissent pas et elle vomit cinq ou six fois par jour. 3 janvier 1901. Elle éprouve une certaine amélioration pendant six semaines par des injections de cacodylate de soude, puis bientôt les douleurs d'estomac, les étouffements reparaissent. A cette époque, elle ne vomit plus.

La malade continua à souffrir pendant deux ou trois heures après le repas, elle était toujours triste, se plaignait de céphalée continuelle, de douleurs de reins et d'insomnie. L'urine examinée contenait à ce moment de l'albumine. Elle fut traitée par des lavements de chloral et des lavements nutritifs, on lui ordonna également de la digitaline contre ses palpitations.

Pendant les huit années que durèrent ces troubles, la malade absorba une quantité considérable de médicaments et fut soignée par plusieurs médecins. Elle estime qu'elle dépensa environ 1.500 francs par an en frais de médecin et de pharmacien ; toutes les économies du ménage furent dépensées.

Depuis ces trois dernières années elle est incapable d'accomplir aucun travail.

Elle est reçue à la salle Pinel le 18 février.

Examen. — Elle se plaint de fortes douleurs d'estomac, ne peut s'alimenter et est amaigrie. Elle a des céphalées fréquentes, des renvois acides, de l'insomnie.

Nous constatons en outre :

De l'hémi-hypoesthésie gauche.

Du rétrécissement du champ visuel.

De l'hyperesthésie du creux épigastrique.

Les réflexes rotuliens sont normaux.

Les réflexes plantaires sont faibles.

Le réflexe pharyngien fait défaut.

Les urines sont normales.

Le moral de cette malade est très mauvais. Elle a une dépres-

sion eurasthénique voisine de la mélancolie. Elle est persuadée qu'elle est incurable, que sa santé est perdue.

Depuis des années elle ne pense qu'à une chose : à ses troubles digestifs. Le matin au réveil elle se demande si elle pourra s'alimenter, le soir en se couchant elle se demande ce que demain elle ressentira du côté de son estomac.

Elle est soumise à l'isolement et au régime lacté.

Par la psychotérapie nous voyons les douleurs d'estomac diminuer, les éructations acides disparaître. Le traitement fut interrompu quelque temps par une maladie grave de son petit garçon.

A plusieurs reprises pendant la durée du traitement la malade eut des crises de découragement, de la céphalée et des douleurs d'estomac.

Nous en eûmes toujours raison par la psychothérapie.

Elle resta pendant trois semaines au régime lacté absolu et prit cinq litres de lait par jour.

Elle fut alimentée ensuite avec du lait et 100 grammes, puis 200 grammes de viande crue. Peu à peu elle reprit à peu près l'alimentation ordinaire.

Quand nous avons quitté la Salpêtrière, le 1er mai, elle était très améliorée, mais pas encore complétement débarrassée de tous ses troubles. On peut juger de son état par les poids.

Poids :

20 février	:	63 kilogrammes.
24 —	:	62 —
3 mars	:	63 kgr. 500.
10 —	:	65 kilogrammes.
17 —	:	65 —
24 —	:	65 kgr. 500.
31 —	:	65 kgr. 500.
7 avril	:	65 kgr. 500.
14 —	:	66 kilogrammes.
21 —	:	67 —
28 —	:	67 —

Cette malade a été revue six mois après sa sortie de l'hôpital. La guérison se maintient, bien qu'elle ait eut à supporter de grosses préoccupations causées entre autres par une pneumonie dont fut atteint son mari. Elle ne pense plus à son estomac. Elle revient en janvier 1904 pour le tænia. Sa santé morale et physique est superbe. Elle a continué à engraisser depuis sa sortie de l'hôpital et pèse 78 kgr. 500.

Observation XXIV

(Camus et Pagniez, *loco citato*).

Gastropathie chez une neurasthénique. (*Le mari souffrait de l'estomac depuis plusieurs années ; neurasthénie conjugale probable.*) *Guérison.*

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père mort à 32 ans, des suites d'une fluxion de poitrine. Mère morte de rupture d'un anévrisme.

Elle a eu une sœur morte à 9 ans.

Antécédents personnels. — La malade a eu la fièvre typhoïde à 3 ans et demi, cette fièvre et les accidents consécutifs auraient duré six mois.

Elle eut ses premières règles à 11 ans, et elle a toujours été bien réglée depuis.

Elle se maria à 17 ans et eut une fille à 21 ans.

Début des accidents nerveux. — A l'âge de 23 ans, la malade eut une fausse-couche après trois mois de grossesse, à la suite d'une frayeur. Après cette fausse-couche elle eut une crise de neurasthénie qui dure pendant dix-huit mois.

A 25 ans, la malade commença à souffrir de l'estomac. Il est important de dire que son mari souffre de l'estomac depuis environ six ans.

Les premiers troubles qu'elle éprouva consistèrent en des

sensations de pesanteur, qu'elle comparait à la sensation d'une pierre qui aurait été placée dans son estomac.

En même temps elle devint nerveuse, impressionnable, facilement irritable.

Les émotions avaient une influence considérable sur ces sensations gastriques.

La moindre émotion survenant au moment d'un repas occasionnait de vives douleurs et empêchait la malade de manger.

Depuis cinq mois elle ne prend plus d'aliments solides, elle s'est d'abord nourrie uniquemant de bouillon, à l'heure actuelle elle ne prend que du lait.

Elle est reçue à la salle Pinel le 17 novembre.

Examen. — En dehors des troubles gastriques que nous venons de signaler, la malade se plaint de faiblesse générale.

Elle n'a jamais beaucoup souffert de la tête ; mais elle a des étourdissements.

Elle se plaint encore de douleurs de jambes, et de douleurs de dos.

Les urines sont normales.

Son moral est assez touché, elle est inquiète de son état et se préoccupe surtout de sa maladie d'estomac qu'elle croit grave.

Elle est soumise à l'isolement, au régime lacté, au traitement psychothérapique. On lui explique qu'elle n'a pas de maladie d'estomac réelle, et elle convient elle-même de l'influence nocive exercée sur son imagination par les soins constants donnés à la maladie de son mari.

Après une dizaine de jours de régime lacté absolu, elle est mise très rapidement à l'alimentation ordinaire qu'elle supporte sans douleurs d'estomac.

Les autres troubles ont disparu facilement.

Elle nous quitte complètement guérie.

Poids :

17 novembre.....	66 kgr.	500
25 —	67	—
2 décembre.....	67	— 500

Observation XXV

(Camus et Pagniez, *loco citato*)

Gastropathie nerveuse datant de treize ans. Eructations. Asthénie intense. Douleurs de la région lombaire et des jambes. Guérison.

Henriette L..., née à Toulouse, le 20 janvier 1869.

Antécédents héréditaires. — Le père est relativement bien portant a fréquemment des bronchites. La mère a souffert de l'estomac pendant quinze ans.

Antécédents personnels.— La malade a eu la coqueluche, la rougeole et la variole.

A l'âge de 7 ans elle a été atteinte d'eczéma.

A 11 ans elle a eu un ictère déterminé par une frayeur.

Elle fut réglée à 12 ans et demi.

Elle a eu la fièvre typhoïde à 15 ans, suivie d'une légère diminution de la mémoire.

Début des accidents actuels. — (Nous passons rapidement sur les antécédents de la malade, car nous donnons plus loin son auto-observation). A 21 ans, en 1889, la malade déjà surmenée et très préoccupée, éprouve une grande frayeur en chemin de fer. Elle avait ses règles à ce moment, elles s'arrêtèrent brusquement et la malade éprouva des étouffements, des suffocations, des palpitations.

Elle eut bientôt des malaises après les repas, de la constriction à la gorge. Elle perdit l'appétit, souffrit de l'estomac, et eut des crises de larmes. Son caractère devint profondément

triste, elle se découragea et ne pouvait travailler que très difficilement.

Elle étudia des livres de médecine, et se crut atteinte de plusieurs maladies. Elle recourait souvent à l'éther et à l'eau de fleurs d'oranger.

De 1889 à 1891 sa santé eut des périodes d'amélioration et d'aggravation. Son état subit une aggravation du fait d'une maladie grave de sa mère.

Elle eut des phobies fréquentes.

En 1893 elle eut de l'anesthésie généralisée.

En 1898 au contraire elle eut de l'hyperesthésie assez marquée.

Elle fut traitée par plusieurs médecins pour de la dyspepsie nerveuse, de la neurasthénie, de la dilatation d'estomac, aucun traitement ne lui apporta un soulagement durable.

En 1899 son état est plus grave, elle est très abattue, sans force, souffre des jambes et des reins, et très amaigrie.

Jamais à aucun moment la malade n'a présenté de véritables crises de nerfs, mais souvent elle a eu des accès de larmes et une sensation de constriction à la gorge.

De mai à novembre 1902, elle vit à la campagne, elle s'améliore quelque peu, mais en rentrant à Toulouse elle se sent de nouveau reprise de ses troubles.

Elle se décide à venir à Paris pour consulter à la Salpêtrière.

Le 30 janvier 1903 elle est reçue à la salle Pinel.

Examen. — Elle se plaint surtout de ne pouvoir s'alimenter, elle ne peut supporter dit-elle, que le lait et les œufs.

Chaque ingestion de liquide est suivie d'éructations nombreuses.

Elle souffre des reins et des jambes, il lui est impossible de faire aucun effort physique ou intellectuel un peu prolongé. A midi elle se sent épuisée et ne peut plus se livrer à aucune occupation pendant le reste de la journée.

Elle a de l'hyperesthésie très marquée des régions dorsale et lombaire.

Des urines sont normales.

Elle est soumisé à l'isolement, au régime lacté.

Elle est intelligente et confiante, et très accessible à la psychothérapie.

Nous lui expliquons d'abord que les éructations qui suivent une ingestion même très minime de lait ne sont ni justifiées, ni utiles ; ces éructations ne la soulagent qu'en apparence, pendant un instant seulement, et elle peut les faire disparaître par la volonté. Au bout de huit jours ces éructations qui dataient de plusieurs années avaient définitivement disparu, et la malade dit dans l'observation qu'elle nous a écrite elle-même : « Les renvois fréquents qui se produisaient principalement après l'absorption de quelques gouttes de liquide disparurent au bout de cinq à six jours ; bien persuadée cette fois qu'ils ne devaient pas exister, je fis de violents efforts de volonté pour les combattre et les faire cesser définitivement ; aujourd'hui je n'y pense plus du tout. »

Les autres troubles disparurent également peu à peu.

La malade resta un mois à l'isolement complet, quinze jours au régime lacté absolu et prit jusqu'à cinq litres de lait par jour. Elle fut ensuite alimentée avec du lait, des œufs, de la viande crue, de la purée de pommes de terre et reprit facilement l'alimentation ordinaire.

Elle quitte la salle Pinel le 29 avril en très bon état de santé.

Poids :

	Kilogrammes.
31 janvier.....	53
3 février.....	53.500
10 —	54.500
17 —	54.500
24 —	54.500

3	mars	55
10	—	55.500
17	—	56
24	—	57
31	—	57.500
7	avril.....	58
14	—	59
21	—	59.500
28	—	59.500

Observation XXVI

(Camus et Pagniez, *loco citato*).

Vomissements consécutifs à chaque repas, datant de dix ans. Pas ou peu de stigmates. Ictère émotif. Disparition complète des vomissements.

Antécédents héréditaires et familiaux. — Père âgé de 63 ans, très bien portant. Mère morte à 49 ans de tuberculose pulmonaire, avait eu des vomissements fréquents pendant deux ans.

La malade a perdu une sœur de tuberculose pulmonaire. Elle a une autre sœur qui est chlorotique et deux frères qui sont bien portants.

Antécédents personnels. — La malade raconte que pendant deux ans, à partir de l'âge de 6 mois, elle aurait été complètement aveugle, puis sa vue serait revenue brusquement.

Jusqu'à 14 ans, sa santé s'est maintenue bonne.

A l'âge de 14 ans, elle eut ses premières règles pendant deux périodes, puis elle furent totalement supprimées jusqu'à l'âge 18 ans. Depuis l'âge de 18 ans, les règles sont revenues, mais très irrégulières, apparaissant tous les quinze jours ou tous les deux mois. Elle a eu en outre des pertes blanches fréquentes.

Début des accidents actuels. — A l'âge de 23 ans, la malade perd sa mère qu'elle avait vue en proie à des vomissements fréquents pendant deux ans. Elle éprouve un très violent chagrin, devient nerveuse, irritable, perd l'appétit et commence à vomir après chaque repas. Elle vomit ainsi deux ou trois fois par jour, un quart d'heure à vingt minutes après avoir mangé.

L'anorexie n'a cependant duré que quelques mois ; vers 14 ans et demi la malade mangeait de bon appétit, mais vomissait toujours.

Depuis l'âge du 14 ans jusqu'à maintenant, — c'est-à-dire depuis 10 ans, puisqu'elle a maintenant 24 ans — la malade a vomi au moins une partie de chaque repas. L'ingestion non seulement des aliments solides, mais encore des liquides et en particulier du lait était suivie de vomissements.

Malgré ces vomissements, la malade conservait sans doute une certaine partie de ses repas, car, bien qu'étant un peu délicate et remplissant péniblement le métier facile de femme de chambre, elle ne fut jamais obligée de s'aliter.

Cependant entre 18 et 19 ans elle semble avoir eu de la chlorose et a dû garder le lit pendant un mois.

Depuis un an, la malade remplit les fonctions d'infirmière.

Le 22 octobre 1902, une malade lui fait peur en courant après elle à la nuit tombante et le lendemain matin elle entre à l'infirmerie avec un ictère très prononcé.

La malade ne parle à personne de ses vomissements, considérant que ces accidents qui duraient depuis dix ans étaient incurables.

C'est seulement quand elle est installée dans le service que l'on s'en aperçoit. La nature nerveuse de ces vomissements durant depuis dix ans, sans lésion d'estomac et avec un état général relativement bon ne fait aucun doute et la malade est transférée à la salle Pinel. Elle commence par refuser de se laisser traiter, disant que ses vomissements ne l'empêchent pas de vivre et de travailler et que l'on ne peut arriver à aucun ré-

sultat à ce sujet ; elle demande à être seulement débarrassée de son ictère.

Examen. — La sensibilité est intacte sur toute la surface du corps, au contact, à la douleur, à la chaleur.

Il n'existe aucune zone d'hypoesthésie ni au niveau des ovaires, ni sous les seins, ni sur la tête, ni sur la colonne vertébrale.

Les réflexes plantaires sont faibles.

Les réflexes rotuliens sont très faibles, presque abolis.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Il existe du strabisme de l'œil gauche, les pupilles réagissent bien à la lumière.

L'estomac paraît normal.

Le foie est un peu diminué de volume.

Le sommet du poumon droit a une respiration un peu faible.

Les urines sont normales.

L'état mental ne présente rien de particulier, un peu d'émotivité.

Pas de stigmates d'hystérie.

On affirme à la malade que ses vomissements disparaîtront si elle le veut, on lui dit que son estomac est absolument sain, car s'il en était autrement, elle n'aurait pas survécu depuis dix ans à une affection grave de l'estomac, etc., etc. La cause initiale de ces vomissements est une cause morale, c'est le chagrin de la mort de la mère et peut-être l'idée d'avoir la même maladie, les mêmes vomissements que la défunte.

La malade est mise au régime lacté, on commence par deux litres de lait par jour.

Elle prend la résolution formelle de ne plus vomir, elle tient sa promesse, cependant elle a souvent des régurgitations, cependant elle se domine assez pour ravaler son lait.

Le 19 novembre, elle prend quatre litres de lait sans vomir depuis quelques jours.

Le 20 novembre, elle prend 2 litres de lait, 100 grammes de viande crue, un peu de poisson du potage et de la purée de pommes de terre.

Le 22 novembre, elle prend en plus deux œufs.

Le 30 novembre, la malade arrive à manger un bifteck (ce qu'elle redoutait beaucoup), 200 grammes de purée de pommes de terre, 100 grammes de viande crue et 2 litres de lait.

Les digestions sont assez pénibles, elle a une sensation de pesanteur qui dure plusieurs heures après le repas de midi et elle rumine de temps en temps.

On lui explique que cette rumination est une mauvaise habitude qu'il ne faut pas prendre, elle s'en déshabituera comme des vomissements par l'exercice et par la volonté. Elle ne souffre après ses repas que précisément parce qu'elle laisse prendre une mauvaise voie aux aliments, etc. (arguments amplifiés, variés et répétés deux fois par jour).

Le 21 décembre la malade est guérie, elle conserve seulement un peu de lourdeur d'estomac après les repas.

Poids :

7	novembre.....	44 kilogrammes
13	—	45 —
18	—	47 kgr. 500
25	—	46 kgr. 500
2	décembre.....	47 kgr. 500
10	—	48 kgr. 500
17	—	49 kilogrammes

La malade sort le 24 décembre pour aller au Vésinet.

Nous l'avons revue plusieurs fois depuis son retour de convalescence. Elle ne vomit plus, mais conserve une certaine crainte des aliments, elle évite les ragoûts, les sauces, etc., se nourrit surtout de lait, d'œufs et de viande crue. Elle ne peut arriver à croire qu'elle peut manger de tout.

Observation XXVII (résumée).

(In *Thèse* Kouchewa, p. 73).

Neurasthénie gastrique, cérébrasthénie et pylorisme. Cure d'isolement. Amélioration.

Mlle C..., régente, 22 ans, est reçue à l'hôpital pour y subir une cure d'isolement le 3 juillet 1899.

Père mort en 1890, de tuberculose pulmonaire.

Pas d'autres antécédents héréditaires.

Réglée depuis l'âge de 15 ans, régulièrement, sans douleurs. En août 1897, à 20 ans, débutent des troubles de la digestion ; depuis lors, elle a toujours plus ou moins souffert de son estomac. Le docteur Maillard constate en juin 1898 une néphroptose droite accusée et le signe de Glénard positif.

Il lui prescrit une sangle. Elle ne s'en trouve pas mieux, continue à souffrir d'une pesanteur d'estomac permanente ; a des alternatives de constipation et de diarrhée.

En même temps s'installent des troubles nerveux, consistant en fatigue mentale, céphalée, sommeil irrégulier.

La malade continue son travail énervant et fatigant de maîtresse d'école et sa santé reste à peu près aussi mauvaise pendant les 8 mois suivants en dépit de tout traitement (massages abdominaux, douches, régime alimentaire) et malgré qu'elle passe ses vacances à la montagne.

Elle passe par des phases d'amélioration relative, mais c'est pour retomber rapidement, souffrant toujours plus d'une céphalée persistante, d'insomnie, de lassitude au réveil. Le 24 février 1899, elle abandonne tout travail. En mars, elle reste alitée trois semaines de suite chez elle, dans un isolement relatif, rendu illusoire par les soins encombrants et les

prévenances exagérées de son entourage. Se croyant sérieusement améliorée, elle reprend son école, mais c'est pour retomber aussitôt.

Le 3 juillet 1899, elle pèse 43 kilogrammes, soit 900 grammes de moins que le 13 juillet de l'année précédente. Profitant des vacances d'été, elle vient à l'hôpital pour y subir une cure sérieuse.

Jeune fille de taille moyenne, pâle, amaigrie, sans fièvre. Appétit très faible. A jeun, elle sent son estomac qui descend, après avoir mangé, elle en souffre. Renvois gazeux, pyrosis. Langue pâteuse et bouche mauvaise.

Dans le décubitus dorsal, l'abdomen est plat, déprimé à l'extrême. Les épines iliaques sont très saillantes et l'ombilic touche la colonne vertébrale. La paroi est mince et flasque.

La région épigastrique et surtout pylorique est très sensible. La fosse iliaque droite gargouille. Dans la gauche l'intestin spastique saute sous les doigts explorateurs. L'estomac clapote sur une grande surface. Le rein droit ptosé dépasse les fausses côtes de la moitié de sa longueur. Il est très douloureux, réductible et retombant très facilement. Le signe de Glénard est positif, très douloureux. Après avoir gonflé l'estomac, on peut le délimiter de la façon suivante : petite courbure : 9 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. Grande courbure : 7 centimètres au-dessous de l'ombilic. Limite supérieure de la matité à l'hypocondre : sixième côte. La constipation est habituelle.

Fatigue générale, énervement. Démoralisation facile. Tendance au noir. Grande impressionnabilité, mobilité d'humeur extrême. Le sommeil, toujours insuffisant, est court et agité, troublé de cauchemars.

Céphalée habituelle en casque. La malade accuse une sensation de tension sur les yeux et à la nuque, et du « ballottement de la cervelle ».

Elle souffre d'une rachialgie plus ou moins permanente, a des impatiences et des fourmillements dans les doigts et les

jambes, des bouffées de chaleur, des vertiges. Pas de boule hystérique.

N'a jamais eu de crise convulsive. Les pupilles sont égales et réagissent vivement, les réflexes patellaires sont égaux et forts. La sensibilité cutanée est indemne partout. Le champ visuel normal.

Dès son arrivée, la malade est soumise à l'isolement le plus strict. Elle reçoit du lait à doses progressives. On lui fait chaque jour un massage abdominal, et le soir un enveloppement chaud de 10 minutes.

L'état général s'améliore rapidement. La malade a des nuits de plein sommeil, troublées seulement de loin en loin par une crise de pseudo-asthme. La céphalée a diminué, n'est plus constante.

Chaque pesée enregistre une augmentation de poids considérable.

La malade sort de l'hôpital avec une augmentation de 11 kgr. 300 pendant une cure de cinquante-six jours. Ce qui représente une moyenne quotidienne de 202 grammes par jour.

Observation XXVIII

(In *Thèse* Kouchewa, (p. 79).

Neurasthénie gastrique. Cure d'isolement. Amélioration.

Mme B..., 39 ans, entre à l'hôpital le 25 février 1899.

Pas d'antécédents névropathiques héréditaires.

Trois enfants bien portants, nés à terme, suivis d'une fausse couche survenue en 1896.

La malade a passé à la campagne les seize premières

années de sa vie, travaillant à la terre et jouissant d'une bonne santé.

Réglée à 13 ans, habituellement régulière.

Depuis sa seizième année, elle est femme de chambre dans divers hôtels ; en 1891, elle se marie et en 1895, à la suite d'un nourrissage prolongé de 18 mois qui l'avait épuisée, elle commence à souffrir de l'estomac. Elle est traitée par un médecin qui lui fait subir des lavages d'estomac, pratique le massage abdominal et lui prescrit un régime spécial.

Suffisamment améliorée pour pouvoir reprendre son travail, elle se fatigue à l'extrême, pendant l'été 1898, en servant dans un grand restaurant où elle est surmenée en même temps que mal nourrie. Elle traîna une santé précaire durant tout l'hiver et en février 1899, le docteur Maillard l'envoie à l'hôpital pour lui faire subir une cure de repos.

La malade a peu d'appétit. Elle ressent des crampes stomacales très douloureuses pendant les heures de la digestion. Beaucoup d'éructations gazeuses.

Constipation, ballonnement abdominal et vents.

La paroi abdominale est très mince et détendue, l'abdomen souple, indolore à la palpation.

Signe de Glénard fortement positif.

Le gonflement de l'estomac révèle une immense dilatation avec ptose : la grande courbure descend à 13 centimètres et demi au-dessous de l'ombilic, soit 4 centimètres du pubis. La limite supérieure ne se laisse pas apprécier, masquée probablement par le météorisme du côlon.

La malade est isolée en chambre particulière, mise au lit en décubitus horizontal. Elle prend du lait à doses progressives de 2.000 à 4.000 grammes par jour.

On lui fait chaque jour un massage abdominal, et le soir, elle prend un bain tiède suivi d'un arrosage froid.

La malade augmente de 11 kilos du 4 mars au 17 juin, en 105 jours, soit une moyenne de 105 grammes par jour.

Observation XXIX

(In *Thèse* Kouchewa, page 84.)

Neurasthénie gastrique. Cure de repos. Amélioration. Rechute. Deuxième cure de repos.

Mme L..., 42 ans, polisseuse, entre à l'hôpital le 31 juillet 1899.

Aucun antécédent héréditaire, un seul enfant, bien portant.

Elle a eu la rougeole dans son enfance et un érysipèle en 1880. Depuis février 1898, elle est traitée en ville par le docteur Maillard, qui note : souffre de l'estomac depuis plus de quatorze mois, sans douleurs proprement dites, mais surtout de sensation d'angoisse après les repas. Anorexie et constipation. Pas de vomissements, pas de renvois, pas de céphalée habituelle.

Le 25 juin 1899, en se levant, elle est prise d'un malaise avec vertige. Elle doit se recoucher.

Depuis plusieurs semaines, elle a des malaises continuels, ne pouvant presque plus rien manger, et se sentant à bout de forces et démoralisée.

Son poids est tombé à 39 kilogrammes.

Elle ne supporte plus que du lait et des œufs, ne vomit pas, mais a des retours gazeux très fréquents.

Mauvaise bouche, fadeur, dégoût, selles habituellement régulières. Langue blanche, dentition suffisante.

Il existe une déformation costale, due au corset.

L'abdomen a une forme normale avec des parois très minces et atones. L'estomac clapote fortement.

Les deux fosses iliaques sont douloureuses à la palpation. Foie, volume et position, normaux.

Traitement. — Lit, en décubitus dorsal, 200 grammes de lait de deux en deux heures, dix fois par jour, soit deux litres. Augmentation de 250 grammes par jour. Une douche par jour.

La suralimentation est bien tolérée, et d'emblée la malade augmente rapidement de poids de 250 grammes par jour.

Malgré l'augmentation de poids, l'état nerveux ne subit que peu de changement.

La malade augmente de 10 kilogrammes du 2 juillet au 11 octobre, en 100 jours, soit une moyenne quotidienne de 100 grammes.

La malade rentre le 16 octobre 1900 à l'hôpital, une année après en être sortie.

La malade est pâle, très amaigrie, son poids a diminué de 9 kgr. 700 en une année. Son teint est un peu jaunâtre.

Tout l'abdomen est douloureux, il est plat, les parois sont minces et permettent de sentir les intestins sous la main. L'estomac clapote bien au-dessous de l'ombilic. On peut le palper avec la main sous la peau. La fosse iliaque droite est douloureuse au palper. On ne sent nulle part de tumeur. Signe de Glénard très net.

Il s'agit d'une ptose d'ensemble de l'organe.

Traitement. — Isolement relatif, lait, repos au lit, décubitus horizontal.

Observation XXX

(In *Thèse* Kouchewa, page 91.)

Ptoses viscérales. Dyspepsie. Neurasthénie gastrique. Cure d'isolement et suralimentation. Guérison.

Mme S...-M..., Louise, entre à l'hôpital le 15 janvier 1900. Père mort d'hémorragie cérébrale, mère morte d'une maladie

de cœur. Aucune hérédité névropathique. Un enfant bien portant. Un enfant né avant terme et mort à trois mois. Une fausse-couche de trois mois en 1896.

Santé habituellement délicate. A 14 ans, une attaque de rhumatisme aigu a nécessité six semaines de lit. Réglée régulièrement depuis sa quatorzième année.

Dès sa jeunesse, la malade a souffert de troubles digestifs (ballonnement, éructations, pyrosis) et d'une habituelle constipation.

Ces troubles s'éxagèrent à chaque menstruation.

Depuis son mariage, en 1894, son état de santé n'a fait qu'empirer. Les grossesses n'ont amené aucun changement favorable. Au contraire, elles provoquaient une augmentation de la constipation habituelle.

Cette constipation cède au décubitus au lit et, par ce fait, disparaît au moment de chaque couche. Depuis l'âge de 14 ans, elle doit surveiller son alimentation, ne supporte que des viandes blanches et des mets légers. Dès son enfance, elle a souffert de céphalalgies, costalgies et rachialgies qui sont variables de siège et d'intensité et existent encore actuellement.

Pendant les quatre dernières années, l'impressionnabilité nerveuse qui a toujours été exagérée, s'est notablement accentuée : la moindre contrariété provoque des crises de colère ou de dépression psychique, qui retentissent d'une façon fâcheuse sur les fonctions digestives. Elle est sujette au fou rire et au fou pleur, tressaute au moindre bruit, a des palpitations émotives pour un rien.

La menstruation, qui a lieu régulièrement tous les vingt-huit jours, est toujours douloureuse, très déprimante pour l'état général. L'écoulement, très variable en durée et en quantité, s'accompagne habituellement de caillots sanguins.

Dès son arrivée, la malade est isolée en chambre particulière. Elle est mise au lit en décubitus horizontal et reçoit du lait à la dose de 175 grammes jusqu'à atteindre la dose quotidienne de quatre litres et demi.

Le 17 mars, elle quitte l'hôpital, après trois mois de traitement, fortement améliorée sous tous les rapports.

La malade augmente de 13 kilogrammes du 20 janvier au 17 mars, soit, en cinquante-six jours, en moyenne, 232 grammes par jour.

Observation XXXI (résumée).

(In Camus et Pagniez. *Isolement et psychothérapie*, p. 327.)

Morphinomanie. Sténose du pylore avec apparence de tumeur. Dilatation considérable de l'estomac. Crises d'hyperchlorhydrie. Amaigrissement énorme ; perte de la moitié du poids du corps. Absence de stigmates et d'antécédents hystériques. Guérison complète de la morphinomanie, des troubles gastriques et de l'état mental.

Femme de 35 ans, entrée à la salle Pinel, le 12 novembre 1902, sortie le 8 mars 1903. Ayant perdu 55 kilogrammes en 18 mois. Sa santé commença à s'altérer à la suite d'embarras d'affaires. Elle eut des douleurs d'estomac, pour lesquelles un médecin lui pratiqua régulièrement des injections de morphine, qu'elle fit ensuite elle-même, au point de devenir morphinomane. Isolement et régime lacté. Suppression radicale de la morphine. Psychothérapie.

Le 23 novembre, on constate une tumeur dans la région du pylore, d'un volume d'une mandarine, que M. le docteur Déjerine attribue à un spasme du pylore et qui disparaît d'ailleurs deux jours après.

Régurgitations guéries par la psychothérapie.

Guérison. Poids à la sortie de l'hôpital : 61 kilogrammes.

Observations de gastropathies et vomissements nerveux (Résumées).

(In Camus et Pagniez)

Observation XXXII

Gastropathie nerveuse survenue à la suite de surmenage (Gastropathie nerveuse antérieure, occasionnée par un chagrin). Céphalée. Fatigue générale. Douleurs dorsales et lombaires. Incapacité de fixer l'attention. Guérison par l'isolement et la psychothérapie.

Femme de 37 ans, entrée le 4 octobre 1903. Poids, 49 kgr. 500. Sortie le 10 décembre 1903. Poids : 53 kilogrammes.

Observation XXXIII

Gastropathie nerveuse grave datant de 3 ans, consécutive à du surmenage et à un chagrin.

Traitée antérieurement sans succès. Guérison.

Femme, 36 ans, entrée le 27 mai 1902. Poids : 47 kilogrammes. Sortie le 9 juillet. Poids : 50 kilogrammes ; le 4 décembre 1902, 60 kilogrammes.

Observation XXXIV

Gastropathie neurasthénique survenue dans la période de la ménopause. Accidents hystériques anciens. Peu de stigmates actuels. Intoxication éthylique par vins médicamenteux surajoutée à la gastropathie. Guérison par l'isolement, le repos, le régime lacté, la psychothéraphie.

Femme, 45 ans. Entrée le 22 janvier. Poids : 42 kilogrammes. Sortie le 29 avril. Poids : 46 kilogrammes.

Observation XXXV

Vomissements, céphalée, consécutifs à un chagrin. Hypoesthésie droite. Hyperesthésie du cuir chevelu. Disparition de la céphalée et des vomissements par l'isolement, le régime lacté et la psychothérapie.

Femme, 19 ans. Entrée le 14 janvier. Poids : 43 kilogrammes. Sortie le 25 février. Poids : 47 kgr. 500.

Observation XXXVI

Chlorose. Vomissements survenant après chaque repas. Céphalée. Grande émotivité et grande irritabilité. Guérison par l'isolement, le régime lacté et la psychothérapie.

Femme de 18 ans. Entrée le 10 octobre. Poids : 50 kgr. 500. Sortie le 10 décembre. Poids : 59 kgr. 500.

CONCLUSIONS

I. — L'isolement a une très grande importance thérapeutique parce qu'il permet, en soustrayant le malade à son milieu, d'avoir une prise plus directe sur son état psychique.

II. — L'isolement doit être absolu, mais cependant avec cette restriction que le malade ne doit pas être trop éloigné de son centre d'activité et de son milieu familial.

L'influence du milieu ambiant dans lequel le malade sera placé est, dans un grand nombre de cas, nulle.

III. — L'action de la méthode psychothérapique peut porter sur :

a) Les perceptions ;
b) La conscience ;
c) La mémoire ;
d) L'association des idées, l'attention ;
e) Le jugement ;
f) La sensibilité ;
g) La volonté.

IV. — On peut difficilement isoler un malade dans son

milieu familial. A l'hôpital, la chose est plus aisée (isolement dans une chambre ou isolement dans la salle commune à l'aide de rideaux).

Il est plus facile à réaliser dans une maison de santé.

V. — Les affections qui tirent profit de la cure d'isolement et de la psychothérapie pourraient être classées en deux groupes :

a) Celles dans lesquelles les troubles nerveux ou mentaux n'ont pas de substratum appréciable ;

b) Celles dans lesquelles les troubles mentaux ont un point de départ organique ; dans celles-ci l'isolement et la psychothérapie agissent en dissociant les troubles secondaires des troubles primitifs et permettent de traiter l'affection causale quand les troubles surajoutés ont disparu.

Mais cette classification est trop schématique pour être clinique ; elle aide seulement à comprendre l'action de la thérapeutique psychique.

VI. — L'isolement et la psychothérapie trouvent leur indication dans :

1° Les délires systématisés ;
2° Les phobies ;
3° L'hystérie ;
4° La neurasthénie ;
5° La mélancolie ;
6° La chorée ;
7° Les tics, le torticolis mental de Brissaud ;
8° La polyurie, l'anurie, la fièvre nerveuse ;
9° L'incontinence d'urine nocturne chez l'enfant ;

10° Les troubles mentaux des maladies infectieuses ;

11° Les troubles mentaux des intoxiqués ;

12° Les troubles mentaux des cardiaques et des phlébitiques ;

13° Les troubles mentaux d'origine respiratoire ;

14° Les troubles mentaux d'origine génitale ;

15° Les psychoses digestives et les troubles nerveux inorganiques greffés sur des états organiques gastriques.

Vu : Le Président de la Thèse,
BRISSAUD.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

André-Thomas. — Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par l'isolement et la psychothérapie. *Presse méd.*, Paris, 1904, I, 434-437.

Batuaud (Jules). — La neurasthénie génitale féminine. Paris, Maloine, 1906, in-8, 260 p. — Isolement dans la clinomanie neurasthénique, p. 216.

Bernheim. — De la suggestion et de ses applications à le thérapeutique. Paris, 1888.

Binswanger (Otto). — Die Hysterie. Wien, 1904, A. Holder, 961 p. 80.

Bouveret. — De la neurasthénie. Paris, 1891.

Brissaud. — Hygiène du neurasthénique. In Traité de Thérap. de Robin, 1898, fasc. XV, p. 261, et in Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert; t. X, p. 685.

Burkart. (R.). — Zur Behandlung der Hysterie und Neurasthénie Berl. Klin. Wochenschr., 19 avril 1886.

Camus (J.) et Pagniez (Ph.). — Isolement et psychothérapie. Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie ; pratique de la rééducation morale et physique. Paris, Alcan, 1904, in-8, 407 p.

Charcot. — De l'isolement dans le traitement de l'hystérie. Leçon recueillie par Gilles de la Tourette. *Progrès méd.*, 28 février 1885. — Maladies du système nerveux, Paris. 1887, III, 247.

Déjerine (J.). — Le traitement des psycho-névroses à l'hôpi-

tal par l'isolement. *Revue neurologique*, Paris, 1902, 1145. — Le traitement des hystériques à l'hôpital. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp.*, 1904, 31, XXI, 165-169.

Dubois (P.). — L'influence de l'esprit sur le corps. Paris, 1901, Masson. — Les psychonévroses et leur traitement moral. Paris, 1905, Masson.

Esquirol. — Mémoire sur l'isolement des aliénés. In : Maladies mentales. Paris, 1838.

Fauvet. — Du traitement de la neurasthénie par l'isolement. *Thèse*, Paris, 1897.

Fleury (Maurice de). — Les grands symptômes neurasthéniques. Paris, Alcan, 1902.

Font. — Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par l'isolement et la suggestion à l'état de veille. *Revue de Psychiatrie*, Paris, 1900, n° I, III, 59-61.

Gilles de la Tourette (G.). — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière. Paris, 1891-1895, in 8. Isolement : t. III, p. 491 ; et in Traité de Thérap. de Robin, fasc. XV. p. 100. Isolement dans l'hystérie : in Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert, t. X, p. 338.

Glénard. — Revue générale sur la neurasthénie et l'entéroptose. *Revue de Médecine*, janvier 1887. (Glénard conclut au traitement de Weir-Mitchell-Playfair).

Hartenberg. — De l'élément psychique dans les maladies. *Thèse*. Nancy, 1895.

Hulst. — Méthode Weir-Mitchell-Playfair. Nederl. mil. Geneesk. Arch., Utrecht, 1886, X. 687-689.

Jolly. — Ueber die Mitchell-Playfair'sche Behandlungsmethode der Hysterie. Allg. Ztschr. f. Psychiat., Berl., 1885, XLI, 647-656.

Kuchewa (Luba). — Du traitement de la neurasthénie par la cure d'isolement à l'hôpital de Genève. *Thèse*, Genève, 1901.

Lachaise. — De l'isolement comme moyen de traitement dans les maladies mentales. *Gaz. des Hôpitaux*, Paris, 1845.

Leuret. — Traitement moral de la folie. Paris, 1840.

Le Noir. — Les faux gastriques. *Archives de Médecine*, 1903.

Loewenfeld (L.). — Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie). der Hysterie und verwandter Leiden. Wiesbaden. 1904, J.-F. Bergmann, 175 p., in-8.

Lunier. — De l'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement. *Ann. méd. psychol.* Paris, 1871, I, 31.

Mathieu. — Traité des maladies de l'estomac. *Gazette des Hôpitaux*, 1903. Les Inanitions chez les dyspeptiques nerveux. Collection Léauté.

Manto. — Traitement de l'hystérie à l'hôpital par l'isolement. *Thèse*, Paris, 1899.

Mitchel (Weir). — On rest in the treatment of nervous diseases. New-York, 1876. Am. clin. lect by Seguin, V, I, n° 4. — Fat and blood and how to make them. Phila., J.-B. Lippincott et Co, 1877, 101 p., 12°, 2e éd,, 1879, 109 p. — An essay on the treatment of certains forms of neurasthenia and hysteria. Phila., J.-B., Lippincott et Co, 1885, 166 p., 8°. — Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie. Trad. par O. Jennings, avec une introduction par J. Ball. Paris, O. Berthier, 1883, 169 p., 8°.

Oulmont. — Thérapeutique des névroses. Paris, Doin, 1901. Isolement dans la neurasthénie, p. 21.

Parsey (E.-W.). — On the treatment of neurasthenia of women by Weir-Mitchell's method. Midland M. J., Birmingham, 1904, III, 2-4.

Pitres (A.). — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital St-André de Bordeaux. Paris, 1891, 8°, 2 vol. Isolement, t. II, p. 60.

Planques (J.). — De l'isolement dans le traitement de l'hystérie et de quelques autres maladies. *Thèse*, Toulouse, 1895.

PROUST et BALLET. — L'hygiène du neurasthénique. Paris, Masson, 2e éd.

RAULIN. — Traité des affections vaporeuses des deux sexes, Paris, 1758. Isolement, p. 307.

ROBIN (A.). — Les retentissements nerveux ; la neurasthénie d'origine dyspeptique ; les particularités de la neurasthénie gastrique ; les conditions chimiques et la conception thérapeutique de la neurasthénie, les indications du traitement et les moyens de les réaliser. *Rev. de thérap. méd. chir.*, Paris, 1903, LXX, 649-659.

RUYSSEN (A.). — Hystérie et isolement d'après Gilles de la Tourette. Kneipp J., Brux., 1900, IX, 161-163.

SCHREIBER (J.). — Zur Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie durch die Weir-Mitchell Cure. Berl. Klin, Wochenschr, 1888, XV, nos 52, 53, p. 1056, 1070.

SHARKEY (S.-J.). — Cases of hysteria and allied conditions in the treatment of which isolation, electricity and massage were used. St-Thomas, Hospital rep., London, 1887, n. s., XVI, 231-245.

SOLLIER (P.). — L'hystérie et son traitement. Paris, Alcan, 1901. Isolement, p. 75.

SOUPAULT. — Les maladies de l'estomac, 1904.

WEYER (J.). — Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables 1579. Edit. Bourneville, Paris, 1885, t. II, p. 173.

ZIMMERMANN. — La solitude considérée relativement à l'esprit et au cœur. Trad. Mercier, Paris, 1788.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE